Münchener Medizinische Wochenschrift

Schriftleitung: Hans Spatz und Walter Trummert, München 38, Eddastraße 1 / Verlag: **J. F. Lehmann,** München 15, Paul-Heyse-Straße 26

MÜNCHEN, 27. DEZEMBER 1957 **99. JAHRGANG · HEFT 52**

FÜR PRAXIS UND FORTBILDUNG

Aus der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg (Direktor: Prof. Dr. med. *E. Wollheim*)

Zur Behandlung des Myokardinfarkts mit herzwirksamen Glykosiden

von E. WOLLHEIM

Zusammenfassung: Digitalisglykoside oder Strophanthin sind nach akuten Myokardinfarkten nur dann indiziert, wenn vor allem aus der Erhöhung des peripheren Venendruckes oder der Entwicklung eines Lungenödems eine Herzinsuffizienz erkennbar ist. Unter 146 Myokardinfarkten wurde nur in 24% der Fälle eine Herzinsuffizienz beobachtet. 90% aller Patienten zeigen mit verkleinerter aktiver Blutmenge eine Gefäßinsuffizienz mit oder ohne Schocksyndrom (Hämokonzentration). Auch bei ²/₃ der Herzinsuffizienten ist die aktive Blutmenge verkleinert, so daß eine Minusdekompensation vorliegt. Alle diese Fälle von Gefäßinsuffizienz sollten mit sympathikomimetischen Stoffen behandelt werden, die die aktive Blutmenge vergrößern. Bei gleichzeitiger Herzinsuffizienz ist damit die Digitalisbehandlung zu kombinieren, während bei reiner Gefäßinsuffizienz die Digitalisglykoside oder Strophanthin kontraindiziert sind. Nur die sehr kleine Gruppe von Herzinsuffizienz mit Vergrößerung der aktiven Blutmenge (Plusdekompensation) kann auch nach Myokardinfarkten allein mit Digitalis oder Strophanthin behandelt werden. Die Prognose ist bei allen Herzinsuffizienzen nach Myokardinfarkten schlecht. Auch bei lege artis durchgeführter Behandlung ist die Herzinsuffizienz mit einer Letalität von 80% neben der Herzruptur und dem Kammerflimmern die gefährlichste Komplikation nach akutem Myokardinfarkt.

Summary: After acute infarction of the myocardium digitalis glycosides or strophanthine are indicated only in those cases where, due to an increase of the peripheral venous blood-pressure or development of pulmonary oedema, a cardiac insufficiency is evident. Cardiac insufficiency was noted in only 24% out of 146 cases of myocardial infarction. 90% of all patients showed a vascular insufficiency with or without shock-syndrome (haemoconcentration) with evidence of reduced quantity of active blood. Also in ²/₃ of the patients with cardiac insufficiency the amount of active blood is diminished resulting in evidence of a minus-decompensation. All these cases of vascular insufficiency should be treated with sympathicomimetics which augment the amount of active blood. In cases of concurrent cardiac insufficiency the therapy should be combined with digitalis preparations, whereas in cases of clear vascular insufficiency, digitalis glycosides or strophanthine are contraindicated. Only the very small group of cardiac insufficiencies with increased amount of active blood (plus-decompensation) can, after infarction of the myocardium, also be treated with digitalis or strophanthine. Next to the rupture of the heart and ventricular fibrillation, cardiac insufficiency with a death-rate of 80% is the most dangerous complication after acute infarction of the myocardium, even when the therapy is correctly performed.

Résumé: Les glucosides digitaliques ou la strophantine sont seulement indiqués après des infarctus aigus du myocarde, lorsqu'une élévation de la pression veineuse périphérique ou l'évolution d'un œdème du poumon révèle une insuffisance cardiaque. Parmi 146 infarctus du myocarde, l'auteur n'enregistra que dans 24% des cas une insuffisance cardiaque. 90% des malades présentent, avec une quantité de sang active réduite, une insuffisance vasculaire avec syndrome de choc (hémoconcentration). Chez ²/₃ des sujets affectés d'une insuffisance cardiaque, la quantité de sang active est également réduite, de sorte qu'il s'agit d'une incompensation minus. Il conviendrait de traiter tous ces cas d'insuffisance vasculaire par des substances sympathomimétiques qui augmentent la quantité de sang active. Dans le cas d'une insuffisance cardiaque co-existante, on y associera le traitement digitalique, alors que, dans une insuffisance vasculaire pure, les glucosides digitaliques ou la strophantine sont contreindiqués. Seulement le très petit groupe d'insuffisances cardiaques, avec augmentation de la quantité de sang active (incompensation plus), peut être traité, également après des infarctus du myocarde, par la digitale ou la strophantine. Dans toutes les insuffisances cardiaques consécutives à des infarctus du myocarde, le pronostic est de mauvais augure.

In allen zivilisierten Ländern der Erde nimmt die Zahl der Myokardinfarkte rapid zu. Die Behandlung dieser lebensbedrohlichen Zustände ist daher mit Recht ein praktisch wichtiges Thema. Dabei ist die Frage der **Anwendung von herzwirksamen Glykosiden** besonders umstritten (vgl. *Wollheim* [1952, 1956], *Aschenbrenner und Foth* [1956]). Der Standpunkt in dieser Frage hängt offenbar weitgehend davon ab, welche Deutung den durch den Infarkt bewirkten hämodynamischen Umstellungen im Kreislauf gegeben wird. So lehnt *Siebner* in der Münch. med. Wschr. (1957), 15, S. 715, aufgrund seiner Erfahrung an 52 frischen Myokardinfarkten die Anwendung von Strophanthin und offenbar auch von Digitalisglykosiden für das akute Stadium und die ersten 5 bis 6 Wochen nach Eintritt des Infarktes vollkommen ab. *Landes* dagegen widerspricht in der gleichen Nummer der Wochenschrift der Meinung *Siebners* und verweist auf Tierversuche von *Struppler,* in denen nach experimentellem Herzinfarkt an der Katze rein kardiale Insuffizienzen nachgewiesen werden. Nach unseren hämodynamischen Beobachtungen an 146 Patienten mit akutem Myokardinfarkt scheinen keine dieser beiden gegensätzlichen Auffassungen in ihrer Ausschließlichkeit berechtigt zu sein.

In einer der frühesten Arbeiten, die sich in Deutschland mit dem Herzinfarkt beschäftigte und in der u. a. erstmalig die Wirkungslosigkeit von Nitroglyzerin beim akuten Myokard-

infarkt, die beschleunigte Blutsenkung und die Linksverschiebung im Blutbild beschrieben wurde, zeigte *Wollheim* (1928 und 1931) zunächst noch an einem sehr kleinen Material, daß in der Regel bei derartigen Patienten der Venendruck nicht erhöht, im Gegenteil, oft niedrig, und die aktive Blutmenge vermindert ist. Aufgrund dieser Beobachtung wurde die Anwendung von Digitalis oder Strophanthin nach frischen Myokardinfarkten abgelehnt. *Hochrein* schloß sich in seiner bekannten Monographie 1937 diesem Standpunkt an. Die Frage der Anwendung herzwirksamer Glykoside nach Myokardinfarkten wurde dann von mir in *meinem* Nauheimer Referat über Herzinsuffizienz (1950), auf dem Therapiekongreß in Karlsruhe (1952) sowie in einer ausführlichen Diskussion auf dem Kreislaufkongreß in Nauheim (1955) dahingehend präzisiert, daß nur bei manifester Herzinsuffizienz nach frischen Myokardinfarkten die Anwendung von Digitalis oder Strophanthin berechtigt ist.

Gemeinsam mit meinem Mitarbeiter *K. W. Schneider* wurden in den letzten Jahren 146 frische Myokardinfarkte eingehend hämodynamisch untersucht und im weiteren Verlauf beobachtet. Bei 77 von ihnen konnte auch das Verhalten der aktiven Blutmenge fortlaufend kontrolliert werden. Bei 70 dieser Kranken war die aktive Blutmenge signifikant verkleinert. Sie befanden sich also im Anschluß an den Myokardinfarkt im Zustand einer **Gefäßinsuffizienz.** Diese kann nach der von *Wollheim* 1955 gegebenen Einteilung entweder als einfache Gefäßinsuffizienz ohne Hämokonzentration oder als Schock mit Hämokonzentration charakterisiert werden. Weit seltener kommt es zu einem Vasomotorenkollaps mit tiefer arterieller Blutdrucksenkung (unter 80 mm Hg systolisch). Da es sich um Herzkranke handelt, bei denen auch im weiteren Verlauf Stauungsorgane, eine Vergrößerung der Leber, Harnbefunde usw. zur Beobachtung kamen, sind diese Gefäßinsuffizienzen als Minusdekompensationen zu bezeichnen. Der Venendruck wird bei 36 unserer 146 Myokardinfarkte teils initial, teils im weiteren Verlauf erhöht gefunden. Dies bedeutet, daß bei 24% der Kranken kürzere oder längere Zeit nach Eintritt des frischen Infarkts eine Insuffizienz des rechten Herzens zu objektivieren ist. Die entsprechenden Blutmengenbestimmungen zeigen aber, daß auch bei annähernd zwei Drittel dieser Patienten die Herzinsuffizienz als Komplikation einer Minusdekompensation bei verkleinerter aktiver Blutmenge auftritt. Nur bei einem Drittel der Herzinsuffizienten kommt es zum Anstieg der aktiven Blutmenge und damit zum typischen Bild der Plusdekompensation. Über die aus diesen Untersuchungen zu ziehenden therapeutischen Konsequenzen wurde 1956 in mehreren Referaten berichtet[1]). Es ist interessant, daß *Marcus, Katz, Pick und Stamler* an Hunden nach experimentell hervorgerufenen Koronarthrombosen und entsprechender Ausbildung von Myokardinfarkten ebenfalls nur bei etwa 10 bis 15% der Versuchstiere die Entwicklung einer Herzinsuffizienz beobachten konnten, während die übrigen Hunde nur die Zeichen einer Gefäßinsuffizienz boten.

Soweit bei den Patienten eine Gefäßinsuffizienz mit oder ohne Schocksyndrom (Hämokonzentration) bzw. eine reine Minusdekompensation vorliegt, besteht keine Indikation zur Anwendung herzwirksamer Glykoside. Die Verkleinerung des Herzminutenvolumens ist in diesen Fällen nur die Folge der Abnahme der aktiven Blutmenge und damit des diastolischen Angebots von Blut an das Herz. Dementsprechend ist der venöse Druck solcher Patienten nicht erhöht, oft sogar niedriger als normal. Digitalis oder Strophanthin können in solchen Fällen sogar verschlechternd wirken, da sie die Blutmenge weiterhin verkleinern. Nur bei manifester Herzinsuffizienz besteht eine Indikation für die Anwendung dieser Glykoside. Dabei verstehen wir unter Herzinsuffizienz jene hämodynamischen Zustände, bei denen ein Mißverhältnis zwischen diastolischem Angebot und systolischer Förderleistung des Herzens besteht, in Anlehnung an die klassischen Vorstellungen von *Frank und Starling.* Am Krankenbett wird die rechtsventrikuläre Insuffizienz am sichersten durch den Anstieg des Venendrucks erkannt. Besteht keine Möglichkeit, den **Venendruck** nach dem Verfahren von *Moritz und v. Tabora* zu messen, gibt die Beobachtung der Füllung der Halsvenen, insbesondere bei Druck auf den Oberbauch sowie die unblutige Schätzung der Höhe des Venendrucks durch Erheben der Arme in Herzhöhe bzw. darüber hinaus und Beobachtung des dann eintretenden Venenkollapses einen sicheren diagnostischen Anhalt. Eine akute Linksinsuffizienz führt beim Myokardinfarkt stets in kurzer Zeit zu einem Lungenödem mit den charakteristischen physikalischen Symptomen dieses Zustandes. Dieses endet entweder tödlich oder führt in längstens einer 1/2 Stunde auch zu einer rechtsventrikulären Insuffizienz mit Anstieg des Venendrucks. Bei 10 Obduktionsfällen aus unserem Material, bei denen die Zeichen einer akuten Linksinsuffizienz intra vitam zur Beobachtung kamen und postmortal bestätigt werden konnten, wurde stets nach längstens einer 1/2 Stunde die Erhöhung des peripheren Venendruckes nachweisbar. Länger anhaltende reine Linksinsuffizienzen leichterer Art, etwa erkennbar nur an einer pulmonalen Stauung ohne gleichzeitige Erhöhung des peripheren Venendrucks waren bei unseren Patienten nicht feststellbar.

Bei den zu einer **Herzinsuffizienz** führenden 24% der Myokardinfarkte kommt eine ausschließliche Behandlung mit Digitalis und Strophanthin nur für die kleine Anzahl der Patienten mit Plusdekompensation (in unserem Material 12 von 146 Fällen) in Frage. Sonst ist die Verabreichung der herzwirksamen Glykoside mit der peripheren Kreislauftherapie durch sympathikomimetische Stoffe (Sympatol, Effortil) zu kombinieren. Im übrigen ist die Letalität bei Patienten mit Herzinsuffizienz nach Myokardinfarkt auch bei lege artis durchgeführter Digitalis- oder Strophanthinbehandlung sehr hoch, sie beträgt 80%. Bezüglich der Frage, Digitalis oder Strophanthin, kann hier nur auf die Untersuchungen meines Mitarbeiters *Zissler* verwiesen werden, aus denen hervorgeht, daß bei jeder Herzinsuffizienz die länger dauernde Wirkung der auch i.v. anwendbaren Glykosidgemische der Digitalis purpurea (Digipurat) oder von Reinglykosiden wie Digitoxin den entsprechenden Dosen von Strophanthin überlegen ist.

Hämodynamisch ist die Abnahme der aktiven Blutmenge die wesentliche Folge des akuten Myokardinfarktes. Sie kann aber nur in wenigen Fällen (25 von 146) durch einen *Bezold-Jarisch*-Reflex erklärt werden, da zu diesem eine Bradykardie gehört. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten dürften chemische Substanzen, die aus dem nekrotischen Muskelgewebe stammen, die auslösende Ursache für die Verkleinerung der aktiven Blutmenge sein, wie auch die diagnostisch oft wichtige Vermehrung der Transaminasen und Aldolasen im Blut zeigt. Diese Verkleinerung der aktiven Blutmenge kann daher nur sehr bedingt als sinnvolle oder erwünschte Reaktion angesehen werden. Sie ist ein Zeichen des durch den Myokardinfarkt aufs schwerste alterierten peripheren Kreislaufs und bedarf der Behandlung. Diesem Tatbestand entspricht auch die von manchen Autoren gewählte Bezeichnung des kardiogenen Schocks. Daß die Gefäßinsuffizienz dieser Patienten einer Therapie bedarf, wird dadurch unterstrichen, daß rund ein Drittel von ihnen infolge der Oligämie Zeichen einer renalen tubulären Insuffizienz *(Wollheim)* erkennen lassen: Im Harn Eiweißopaleszenz, einige Erythrozyten im Sediment, Konzentrationseinschränkung und Anstieg des Rest-N.

Die **Verkleinerung der aktiven Blutmenge** muß also als essentielles Zeichen der schwergestörten Kreislauffunktion angesehen werden, ebenso wie bei Gefäßinsuffizienzen anderer Genese. Ihre Behandlung hat durch die sympathikomimetischen Stoffe zu erfolgen, die ohne allzu starke Erhöhung des peripheren Widerstandes die aktive Blutmenge vergrößern. Nach den eingehenden Untersuchungen meines Mitarbeiters *K. W. Schneider* kommt hierfür vor allem Sympatol und Effortil in relativ hoher Dosierung in Frage (unter Kontrolle des arteriellen Druckes, unter Umständen stündlich oder halb-

[1]) Internationaler Kongreß des American College of Chest Physicians in Köln am 20. 8. 1956. 2. Europäischer Kardiologenkongreß in Stockholm im September 1956 und 5. Interamerikanischer Kardiologenkongreß in Havana im November 1956.

stündlich abwechselnd je 1 Amp. Effortil und 1 Amp. Sympatol), Veritol nur für solche Fälle, bei denen auch eine starke Erhöhung des arteriellen Blutdrucks notwendig erscheint. Noradrenalin wäre nur für die schwersten Fälle zu diskutieren, da es ausschließlich als i.v. Tropfinfusion (4 bis 5 γ/min) anwendbar ist. Hier ist aber auch Zurückhaltung geboten, da Noradrenalin nach unseren Erfahrungen und denen einiger amerikanischer Autoren die Neigung zu Extrasystolien und Kammerflimmern erhöhen kann. Adrenalin, das zu einer starken Erhöhung des Widerstandes auf der arteriellen Seite des Kreislaufs und zu unerwünschten kardialen Nebenerscheinungen führen kann, ist kontraindiziert. Die bei Schocksyndrom sonst angebrachte Blutersatztherapie mit Humanplasma oder Blutersatzpräparaten, wie Albumin oder Dextran, ist wegen der Gefahr der Provokation einer Herzinsuffizienz bei Myokardinfarkt nicht zweckmäßig. Wird sie doch durchgeführt, so ist auf die fortlaufende Kontrolle des Venendruckes größter Wert zu legen.

Neben der hier besprochenen Kreislaufbehandlung ist es selbstverständlich notwendig, für eine Besserung der **Anoxie** des Herzmuskels und die Eröffnung von Kollateralen durch Verabreichung von Purinderivaten zu sorgen. Die zum Teil noch diskutierte Behandlung mit Antikoagulantien scheint sich weiterhin sehr zu bewähren. Für die **Schmerzbekämpfung** soll Morphin wegen seiner blutmengenverkleinernden Wirkung nur mit großer Zurückhaltung verabreicht werden. Im allgemeinen genügen hierfür Barbitursäurederivate, wie Luminal oder Novalgin oder Polamidon. Eine ausführlichere Besprechung der verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten erfolgte an anderer Stelle (*Wollheim* [1956]).

Schrifttum: Aschenbrenner u. Foth: Med. Klinik (1956), S. 716. — Hochrein, M.: Der Myokardinfarkt. Monographie. 1. Aufl. (1937). — Marcus, Katz, Pick u. Stamler: 30. Kongr. Amer. Heart Assoc., Chicago (1957). — Schneider, K. W.: Arch. Kreisl.forsch., 25 (1957) S. 1. — Struppler: Zschr. Kreisl.forsch., 46 (1957), S. 49. — Wollheim, E.: Dtsch. med. Wschr. (1931), S. 617; Zschr. klin. Med., 116 (1931), S. 269; Klin. Wschr. (1933), S. 12; Verh. Dtsch Ges. Kreisl.forsch., 16 (1950), S. 57; Dtsch. med. Wschr. (1950), S. 482; Helv. Med. Act., 18 (1951), S. 340; Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med., 58 (1952), S. 211; Cardiologia, 20 (1952), S. 327; Therapiewoche, 3 (1952/53), H. 13/14; Proc. R. Virchow Med. Soc., New York, 13 (1954), S. 75; Verh. Dtsch. Ges. Kreisl.forsch., 21 (1955), S. 98; Klin. Wschr. (1955), S. 1065; Dtsch. med. Wschr., 51 (1956), S. 2080. — Wollheim, E. u. Schneider, K. W.: L'Année Cardiologique Internationale, V, Paris (1955). — Zissler, J.: Arch. Kreisl.forsch., 22 (1955), S. 97.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. med. E. Wollheim, Med. Univ.-Klinik, Würzburg, Luitpoldkrankenhaus.

DK 616.127 - 005.8 - 085

Aus der Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie Erfurt (Direktor: Prof. Dr. med. habil. *A. Sundermann*)

Nil nocere! Zwischenfälle bei ACTH-Behandlung

von H. FISCHER

Zusammenfassung: Es wird auf Grund von Beobachtungen an 6 mit ACTH behandelten Patienten auf mögliche Gefahren dieser Therapie hingewiesen. Diese liegen nicht nur in einer Störung des Mineralhaushaltes, des endokrinen Systems usw., sondern sie können auch in Form allergischer Reaktionen nach vorausgegangener Sensibilisierung auftreten. Während bei 5 Patienten Erscheinungen, wie Urtikaria und andere Schockfragmente, zu verzeichnen waren, erfolgte bei einem Patienten der tödliche Ausgang im anaphylaktischen Schock.

Summary: On the basis of observations in 6 patients treated with ACTH, potential dangers of this therapy are outlined. These concern not only a disturbance of the mineral metabolism and of the endocrine system etc., but can also occur in the form of allergic reactions after preceding sensitization. Whereas 5 patients showed symptoms such as urticaria and other manifestations of shock, one patient died of anaphylactic shock.

Résumé: En raison des constatations faites chez 6 malades traités par l'ACTH, l'auteur attire l'attention sur des dangers possibles de cette thérapeutique. Ceux-ci résident non seulement dans une perturbation du bilan minéral, du système endocrinien, etc., mais ils peuvent également se manifester sous forme de réactions allergiques consécutives à une sensibilisation préalable. Tandis que l'auteur enregistra chez 5 malades des phénomènes, tels que de l'urticaire et d'autres fragments de choc, l'issue fatale survint chez un malade dans le choc anaphylactique.

In den letzten Jahren wird in zunehmendem Maße über Nebenwirkungen bei der Anwendung moderner Medikamente berichtet. Das beruht wahrscheinlich darauf, daß nahezu sämtliche Medikamente Hapteneigenschaften entwickeln können, die unter bestimmten Umständen im Organismus zum Vollantigen werden (*Hansen*). Somit ist es nicht verwunderlich, daß wir auch beim **ACTH,** das ja oftmals als „Antiallergikum" Anwendung findet, allergische Reaktionen erleben; jedenfalls müssen wir mit der Möglichkeit einer Sensibilisierung des Organismus rechnen, um so mehr, als es sich bei diesem Hormon um einen hochmolekularen Eiweißkörper von Polypeptidnatur handelt. Die allergisierenden Eigenschaften des ACTH mögen vielleicht in der besonderen Molekularstruktur, vielleicht aber darin begründet sein, daß bei der Gewinnung des Hormons Begleitproteine nicht in genügendem Maße eliminiert werden konnten.

Die Gefahr einer **allergischen Reaktion** wird vor allem dann gegeben sein, wenn zwischen ACTH-Behandlungen ein größeres Intervall gegeben ist. Ist es zu einer Sensibilisierung des Organismus gegen ACTH gekommen, so reichen bekanntlich kleinste Dosen aus, um mehr oder weniger schwere allergische Reaktionen auszulösen.

Wenn bei der Empfehlung von ACTH auf Nebenerscheinungen aufmerksam gemacht wird, so bezieht sich das meist auf Störungen im Mineralhaushalt, im endokrinen System usw. Dagegen wird relativ selten über allergische Erscheinungen berichtet, obwohl man auf Grund von Untersuchungen (*Arnoldssohn*) bei etwa 30% der mit ACTH behandelten Patienten mit einer Sensibilisierung rechnen muß. Über allergische Reaktionen berichten u. a. *Junet, Hill und Shinburn, Brodwall, Inderbitzin, Perkoff und Mitarb., Bren und Brendler, Snively und Mitarb., Fellinger.* Da wir in den letzten Monaten bei 4 Patienten Überempfindlichkeitsreaktionen nach ACTH erlebten, wobei 1 Fall sogar tödlich verlief, halten wir uns für berechtigt, erneut auf diese Gefahren aufmerksam zu machen.

Fall 1: Ra., Sigrid, geb 17. 11. 1924, Kr.-Bl. Nr. 3690/56. Im August 1956 wurde diese Patientin wegen einer Colitis ulcerosa gravis erstmalig mit ACTH in abfallenden Dosen behandelt. Unter der ACTH-Therapie kam es gelegentlich zu Tachykardien, pektanginösen Beschwerden und Angstzuständen. Außerdem erfuhr die Menstruationsblutung eine Verlängerung und Verstärkung.

Ende Dezember wurde sie auf eine Prednisontabletten-Dauerbehandlung eingestellt. Anläßlich eines eingeschobenen „ACTH-Tages" (2×25 IE/die) klagte sie nach den Injektionen über Kopf-

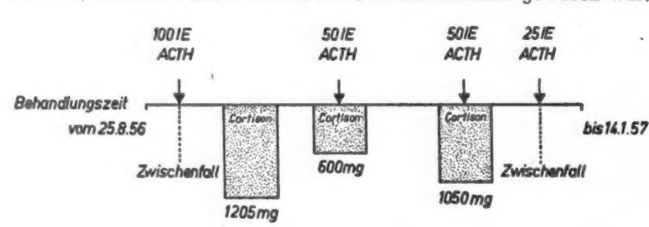
schmerzen, Übelkeit und Herzklopfen. Jedoch gingen diese Erscheinungen rasch vorüber. Ein zweiter ACTH-Tag, 2½ Wochen später, rief 1 Stunde nach der Injektion von 25 IE ACTH eine Urtikaria der gesamten Körperoberfläche hervor. Das Gesicht war stark ödematös verschwollen. Es bestand ein heftiger Juckreiz. Begleitet wurden diese Erscheinungen von einem hochgradigen Erregungszustand und Herzsensationen. Auf die Einschaltungen weiterer „ACTH-Tage" wurde daraufhin verzichtet.

Später wurde noch einmal versucht, mit einer kleinen Dosis ACTH eine Desensibilisierung herbeizuführen. Es wurde 0,025 IE ACTH subkutan in den Oberschenkel injiziert. Da weder Herd- noch Allgemeinerscheinungen auftraten, wurde eine zweite Dosis ACTH ebenfalls 0,025 bereits nach einer Stunde subkutan in den anderen Oberschenkel injiziert, ohne erst noch evtl. Spätreaktionen abzuwarten. Kurze Zeit später war an beiden Injektionsstellen eine massive Quaddelbildung festzustellen und wenige Stunden später erlebten wir die gleiche universelle Reaktion, wie sie schon beim zweiten ACTH-Schalttag zu beobachten gewesen war. Zu erwähnen wäre, daß eine wechselnd starke Eosinophilie (zwischen 8 bis 25%) bestand, die unter der anfänglichen ACTH-Behandlung verschwunden war, während sie unter Prednison etwa um 10% betrug.

	21. 8. — 1. 10. 1956	19. 12. 56 — 19. 3. 57
ACTH	1350 I. E.	2 ACTH-Schalttage
Prednison		990 mg

Fall 2: Ke., Karl, geb. 5. 11. 1887, Kr.-Bl. Nr. 4053/56. Der 69j. Mann, der seit etwa 6 Jahren unter einer schweren asthmatoiden Emphysembronchitis zu leiden hatte, erhielt erstmalig in seinem Leben die volle Dosis von 100 IE ACTH auf einmal, um einen Status asthmaticus zu kupieren. Etwa ¼ Stunde später erfolgte ein bedrohlicher Kollaps mit Dyspnoe, intensiver Zyanose des Gesichtes und einer grobfleckigen Rötung des Halses.

In den darauf folgenden Wochen wurde er mit Cortisontabletten behandelt. 10 Wochen nach der ersten ACTH-Injektion wurde eine 2. Injektion von 50 IE (auf einmal verabreicht) ohne jede Nebenreaktion vertragen (er stand damals noch unter Cortisonbehandlung), jedoch kam es in der 20. Woche nach einer 3. Injektion von 25 IE anläßlich eines Thorntestes etwa ¼ Stunde später zu einer extremen Urtikaria und zu einem lokalen Ödem. Bemerkenswert ist, daß während der 21wöchigen Behandlung eine ständige Eosinophilie bestand, die durch das Cortison nicht zu beeinflussen gewesen war.



Fall 3: Schm., Margarete, geb. 28. 3. 1905, Kr.-Bl. Nr. 1445/57. Erstmalig erhielt die 51j. Patientin Cortison wegen einer hämorrhagischen Diathese auf Grund einer wahrscheinlich symptomatischen Thrombozytopenie (Thrombozytenzahl 3000 bis 11 000 pro 1 mm³) mit einer mäßigen Anämie (Hb. 11,2 g %, Erythrozyten 3,4 Mill.) bei einem Mamma-Ca. Die Anämie besserte sich. Auch die zunächst zahlreichen petechialen Blutungen gingen nach Verabfolgung von Bluttransfusionen, Cortison und ACTH zurück. Eine Hepatitis zu Anfang 1957 wurde komplikationslos überstanden. Wegen eines unerträglichen Juckreizes erhielt die Pat. — allerdings ohne Erfolg — Cortison. Der beabsichtigten Ablatio mammae wurde nach Abklingen der Hepatitis eine Röntgenbestrahlungsserie des Tumors vorausgeschickt.

Im März 1957 kam sie erneut zur Behandlung in unsere Klinik. Es bestanden keine Hautblutungen mehr. Dagegen klagte sie wiederum über einen unerträglichen Juckreiz. Am ganzen Körper fanden sich ausgedehnte Kratzeffekte, bei einem besonders stark im Bereich der Bestrahlungsfelder ausgeprägten Ekzem. Es wurde wieder versucht, mit Cortison den Juckreiz und auch das Ekzem zu beeinflussen. Am Ende einer ergebnislosen Cortisontherapie beschlossen wir, uns mit 3×25 IE ACTH pro Tag auszuschleichen. Versehentlich erhielt die Pat. die Gesamtdosis von 75 IE intramuskulär. Eine Viertelstunde später bot sie klinisch die Zeichen eines massiven Schocksyndroms mit starker allgemeiner Zyanose und Dyspnoe. Der Puls war frequent und klein. Der Blutdruck betrug 80/50 mm Hg. Pat. klagte über Schmerzen in den Gelenken und einen Juckreiz, der als kaum noch erträglich bezeichnet wurde. Weiterhin bestanden eine erhebliche motorische Unruhe und ein ausgesprochenes Angstgefühl. Durch Verabreichung peripherer und zentraler Kreislaufmittel konnte dieser bedrohliche Zustand allmählich beherrscht werden.

Auch in diesem Falle bestand eine Eosinophilie im peripheren Blutbild von 11 bis 13%, die durch Cortison und ACTH nicht zu beeinflussen gewesen war.

	12. 6. — 27. 9. 56	31. 12. 56—14. 2. 57	19. 3. 57—8. 4. 57
ACTH	1750 I. E.		75 I. E.
Cortison	2675 mg	875 mg	1975 mg

Fall 4: He., Heinrich, geb. 31. 5. 1907, Kr.-Bl. Nr. 564/56. Der 49j. Mann hatte seit 1941 unter Asthma-bronchiale-Anfällen zu leiden, die sich seit 1955 derartig verstärkt hatten, daß wiederholte klinische Behandlungen notwendig waren. Er wurde mit Cortison und ACTH behandelt.

Im März 1957 erschien der Pat. auf seiner früheren Station und bat darum, daß ihm ACTH, das er mitgebracht hatte, gegen seine wieder ständig zunehmenden Asthmaanfälle injiziert würde. Da er den Stationsarzt nicht antraf, ging er zu einer Schwester und ließ sich insgesamt auf einmal 100 IE ACTH intramuskulär spritzen, indem er der Schwester sagte, er habe mit dem Arzt gesprochen und dieser habe ihn an sie verwiesen. 15 Minuten nach der Injektion kam es zu einem schweren Schock, aus dem der Pat. trotz sofort eingeleiteter Maßnahmen nicht herauszuholen war. Wenige Minuten später kam er ad exitum.

Während der stationären Behandlung hatte auch hier eine ständige Eosinophilie um 11% bestanden, die sich durch Cortison und ACTH nur einmal vorübergehend hatte beeinflussen lassen.

	14. 9. - 29. 10. 55	10. 12. 55 - 17. 1. 56	1. 2. 56 - 29. 3. 56	17. 3. 57
ACTH	1275 I. E.	500 I. E.	2250 I. E.	100
Cortison		1375 mg	600 mg	I. E.

Fall 5: Ma., Edeltraud, geb. 15. 12. 12., Kr.-Bl. Nr. 4404/57. Bei der 44j. Frau bestand seit 1951 ein therapeutisch schwer zu beeinflussendes Asthma bronchiale. Mehrere Behandlungen im Heimatkrankenhaus hatten keine wesentliche Besserung erbracht. Nachdem der behandelnde Arzt die gesamte Skala der gebräuchlichsten antiasthmatischen Medikamente erfolglos probiert hatte, überwies er die Patientin in unsere Klinik.

Durch eine Prednisolonbehandlung gelang es in wenigen Tagen, die asthmatischen Beschwerden zu beseitigen. Jedoch war die ständige Eosinophilie von 9% im peripheren Blutbild nicht zu beeinflussen gewesen. Noch während der Prednisonmedikation erhielt die Patientin in der 5. Woche, erstmalig in ihrem Leben, 50 IE ACTH auf einmal intramuskulär. Nach einer Viertelstunde trat ein schwerer Schockzustand mit anschließender Ausbildung eines diffusen urtikariellen Exanthems auf. Durch Verabreichung von Kreislaufmitteln, Sauerstoffbeatmung, Cortison und anderem, konnte der bedrohliche Zustand behoben werden.

Fall 6: Bü., Gertrud, geb. 8. 8. 08, Kr.-Bl. Nr. 3162/57. Die 49j. Frau litt an einer erst seit 3 Jahren bestehenden primär-chronischen Polyarthritis. Trotz intensivster Behandlung gelang es nicht, der Krankheit den progredienten Charakter zu nehmen. 1956 war sie bereits mit Cortison und ACTH erfolglos behandelt worden. Auch eine Kur in einem Rheumabad, wo sie gleichfalls mit Cortison und ACTH sowie physikalischen Maßnahmen über längere Zeit hin behandelt worden war, hatte ebenfalls zu keinem Erfolg geführt. Schließlich verlegte man sie wiederum in unsere Klinik zur Weiterbehandlung.

Trotz umfangreicher medikamentöser Maßnahmen bahnte sich ein erneuter Schub an. Erst mit der Verabreichung von Cortison gelang es, diesen zu überwinden. Während der Cortisonanwendung kam es, anläßlich eines ACTH-Schalttages, nach 25 IE ACTH i.m. gegeben, zu schweren Störungen des Allgemeinbefindens mit Verstärkung der Gelenkbeschwerden und diffusen Schweißausbrüchen. Einige Wochen später erbrachte eine ACTH-Testung den deutlichen Hinweis einer Überempfindlichkeit gegen dieses Hormon. 8 Stunden nach der Verabreichung von 0,001 E ACTH wurde eine lokale Reaktion in Form einer hämorrhagischen Infiltration beobachtet, welche für 24 Stunden nachweisbar blieb.

Sechs Patienten wurden wegen allergischer Erkrankungen mit Cortison und ACTH behandelt. Bei jedem einzelnen fanden wir als Ausdruck einer allergisch-hyperergischen Reaktionslage eine Eosinophilie. Bemerkenswert ist, daß diese nach ACTH- und Cortisonverabreichung praktisch

keine Beeinflussung zeigte. Inwieweit dieser Umstand als Hinweis für eine ungenügende Nebennierenrindentätigkeit und so als mitverantwortlicher Faktor bezüglich der Zwischenfälle angesehen werden darf, soll dahingestellt bleiben. Ob derartige Reaktionen nach ACTH durch gleichzeitige Gaben von Cortison gemildert werden können — wie es *Perkoff und Mitarb.* im Falle eines anaphylaktischen Schockes nach ACTH beschrieben —, wagen wir nicht zu entscheiden. Immerhin lassen Fall 2 und 3 an diese Möglichkeit denken.

Akute primäre anaphylaktische Schocksymptome unmittelbar nach erstmaliger parenteraler Zufuhr artfremden Eiweißes (Fall 2) sind relativ selten. Bei der konstitutionell bedingten Veranlagung zu allergischen Reaktionen, wie sie bei einem Großteil der Asthmapatienten zweifellos vorliegt, besteht immerhin die Möglichkeit, daß irgendwann einmal eine Sensibilisierung durch parenterale Einverleibung anderer eiweißhaltiger Substanzen vorausgegangen sein kann. Die schockartige Reaktion nach der ersten ACTH-Injektion wäre dann im Sinne einer parallergischen Allgemeinreaktion zu deuten. Überdies muß vielleicht bei Patienten mit allergischen Krankheiten erwogen werden, ob nicht die bereits vorhandene Allergie die Sensibilisierungsbereitschaft gegen andere Allergene steigern kann *(Kämmerer)*.

Wir glauben nicht, daß irgendwelche sekundären Verunreinigungen bzw. pyrogenen Substanzen im Präparat anzuschuldigen sind. Erstens wurde dieselbe Charge von anderen Patienten anstandslos vertragen, und zweitens hatte eine andere Patientin, die vor Monaten mit dem gleichen Präparat behandelt worden war, eine erneute ACTH-Behandlung ohne Nebenerscheinungen vertragen. Allerdings war bei ihr nie eine Eosinophilie nachweisbar geworden.

ACTH ist kein Allheilmittel. Bei wiederholter Verabreichung oder bei sogenannten „ACTH-Schalttagen" im Verlauf einer Cortisondauerbehandlung ist es sogar keineswegs ungefährlich. Das zeigen unsere Beobachtungen mit aller Eindringlichkeit. Immer müssen wir die Möglichkeit einer individuell sehr unterschiedlichen Sensibilisierung in Rechnung stellen.

Schrifttum: Arnoldssohn, H.: Acta allergol., 4 (1955), S. 369. — Brenn, H. u. Brendler, R.: Internat. Arch. Allergy. Immunol., 5 (1954), S. 34 — Brodwall, E.: Nord. Med., 51 (1954), S. 301. — Fellinger, K.: Zschr. Rheumaforsch., 16 (1953), S. 90. — Hansen, K.: Allergie, Stuttgart, Thieme-Verlag (1957). — Hill, B. u. Swinburn, P.: Lancet (1954), S. 1218. — Junet, R.: Internat. Arch. Allergy. Immunol., 5 (1954), S. 46. — Inderbitzin, Th.: Internat. Arch. Allergy Immunol., 5 (1954), S. 68. — Kämmerer, H.: Dtsch. med. Wschr., 79 (1953), S. 1667. — Perkoff, G. T., Jager, B. V. u. Tyler, F. H.: Clin. Endocrin., 15 (1955), S. 362. — Snively, G. G., Hattersley, P. G. u. Nolan, L. E.: J. Amer. Med. Ass., 152 (1953), S. 1223.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. Fischer, Städt. Krankenanstalten, Med. Klinik, Erfurt.

DK 615.361.814.3 - 015.17 ACTH

STIMMEN DER PRAXIS

Schützt Vitamin B_{12} vor Grippe?

von G. THALLER

Zusammenfassung: Es wird vom Verfasser die Beobachtung mitgeteilt, daß während der Grippeepidemie im Oktober 1957 alle Patienten seiner Praxis, die im Verlaufe dieses Jahres mit mehr oder weniger hohen Dosen von Vit. B_{12} behandelt wurden, von einer Grippeerkrankung verschont blieben.

Summary: During the influenza epidemic in October 1957 the author observed that all patients in his practice who had previously been treated with more or less high doses of vitamin B_{12} during the course of this year remained free of the disease.

Résumé: L'auteur rapporte la constatation que, pendant l'épidémie de grippe en octobre 1957, tous les malades de sa clientèle ayant été traités au cours de l'année par des doses plus ou moins fortes de vitamine B_{12}, ne contractèrent pas la grippe.

Die ersten Grippefälle der „asiatischen Form" traten in Graz Anfang Oktober 1957 erstmalig auf.

Die Massenerkrankungen nahmen von Graz-Eggenberg, einem Bezirk der an meinen Tätigkeitsbereich angrenzt, ihren Ausgang und zeigten ein äußerst rasches Fortschreiten, so daß ich in der ersten Oktoberwoche bereits Fälle dieser hochfieberhaften Grippeform behandeln konnte. Ende der zweiten Oktoberwoche erreichte die Grippeepidemie in meinem Bezirk ihren Höhepunkt und flaute mit Beginn der letzten Oktoberwoche zusehends ab. Dabei wurden nahezu alle meine Stammpatienten und deren Familien von der Krankheit erfaßt.

Nun fiel mir auf, daß einige meiner Patienten, obwohl sie durch Familien- bzw. Hausangehörige der Infektion unmittelbar ausgesetzt waren, bisher nicht an Grippe erkrankten. Nach Durchsicht meiner Aufzeichnungen konnte ich feststellen, daß alle diese Patienten im Verlaufe des heurigen Jahres früher oder später mit „Vitamin-B_{12}"-Injektionen behandelt wurden. Die dabei applizierte Menge von „Vitamin B_{12}" liegt zwischen 300 und 2000 γ. Die Zeit der Applikation liegt zwischen 8. Januar und 25. Oktober 1957.

Bei den 15 mit „Vitamin B_{12}" behandelten Patienten traten keine Anzeichen von Grippeerkrankung auf. Das längste Intervall zwischen „Vitamin-B_{12}"-Behandlung und Beginn der Grippeepidemie beträgt $8^1/_2$ Monate, das kürzeste Intervall 4 Tage.

Tabelle

Name	Alter	Hausangeh. erkrankt	Menge von B_{12} in γ	Zeit der Applikation	Intervall zw. 1. Appl. und Epidemiebeginn	Indikation	Das Auftreten von Anzeichen einer Grippe?
B. Barbara	59J.	nein	600	27.8.—25.10.	33 Tage	Anämie	nein
D. Eugenie	88J.	ja	360	19.8.—27.9.	42 Tage	Anämie	nein
K. Anny	43J.	nein	2000	23.7.—25.7.	69 Tage	Herpes	nein
K. Adolf	68J.	nein	2000	16.8.—30.8.	45 Tage	Okzipitalneuralgie	nein
K. Juliane	68J.	nein	300	15.7.—31.7.	77 Tage	Anämie	nein
L. Leopoldine	58J.	nein	360	2.9.—11.10.	28 Tage	Anämie	nein
L. August	78J.	ja	900	5.2.—25.4.	8 Mo.	Anämie	nein
P. Martin Hpt.-Schullehrer	37J.	ja	2000	24.8.—27.8.	37 Tage	Interkostalneuralgie	nein
R. Maria	66J.	nein	900	5.7.—18.10.	87 Tage	Anämie	nein
S. Emilie	52J.	nein	300	26.9.—25.10.	4 Tage	Anämie	nein
St. Harald	23J.	?	1000	8.1.	$8^1/_2$ Mo.	Herpes	nein
T. Ernest Hochschul-Ass.	36J.	ja	1000	12.8.	49 Tage	Plexusneuralgie (brach.)	nein
W. Cäcilia	61J.	nein	360	26.8.—25.9.	35 Tage	Anämie	nein
W. Anna	52J.	ja	300	28.1.—10.3.	8 Mo.	Anämie	nein
Z. Stefan	59J.	ja	600	27.8.—25.10.	34 Tage	Anämie	nein

Das Alter der Patienten liegt zwischen 23 und 88 Jahren. Die Indikation für die „Vitamin-B_{12}"-Behandlung war in 10 Fällen normochrome Anämie, in 3 Fällen waren es Neuralgien und in 2 Fällen Herpes zoster.

Aus der nachfolgenden Tabelle ist das Alter, die Indikation, die applizierte Menge von „Vitamin B_{12}", die Behandlungszeit, Intervall von Behandlungsbeginn bis zu Beginn der Grippeepidemie und Erkrankung von Mitbewohnern ersichtlich.

Bei dem hohen Durchschnittsalter der von mir mit „Vitamin B_{12}" behandelten Personen, könnte eine weitgehende Immunität durch früher durchgemachte Grippeerkrankungen vorliegen, doch möchte ich dazu bemerken, daß bei den von mir beobachteten an Grippe erkrankten Personen ein hoher Prozentsatz von alten Leuten enthalten ist.

Ich möchte mit Nachdruck darauf hinweisen, daß die angeführte Tabelle **alle** Personen erfaßt, die von mir mit „Vitamin B_{12}" behandelt wurden. Die Injektionen wurden intraglutäal durchgeführt und dazu ausschließlich das Präparat „Erycytol" der Chem.-pharm. Fabrik „Sanabo", Wien, verwendet, und zwar bei den Anämien die Ampullen zu 30 γ, bei den Neuralgien Ampullen zu je 1000 γ.

Obwohl es mir bewußt ist, daß meine Beobachtungen reine Zufälle betreffen könnten, erachte ich es doch für notwendig, die von mir aufgezeigte Möglichkeit „Grippeschutz durch Vitamin B_{12}" weiter zu verfolgen und bitte um Mitteilung ähnlicher oder gegenteiliger Beobachtungen.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Gerhard Thaller, Graz-Puntigam, Plachelhofstr. 23.

DK 616.988.75 - 084

FORSCHUNG UND KLINIK

Aus dem Kinderkrankenhaus Querfurt (Chefarzt: Dr. med. *E. Mohr*)

Über eine Ursache der Zyanose junger Säuglinge: Alimentäre Nitrat-Methämoglobinämie

von E. MOHR

Zusammenfassung: Kasuistischer Beitrag zur alimentären Nitrat-Methämoglobulinämie, die im ausländischen Schrifttum schon seit längerer Zeit, im deutschen Schrifttum jedoch erst in den letzten Jahren in zunehmendem Maße auftaucht. Durch nitrathaltiges Trinkwasser kann es bei Säuglingen im 1. Trimenon zu schwerer Zyanose kommen, die zu Fehldiagnosen führen kann. Prognose ist bei Kenntnis des Krankheitsbildes und entsprechender Therapie gut!

Summary: The author gives a casuistic contribution to the subject of alimentary nitrate-methaemoglobulinaemia. This subject has long been increasingly mentioned in foreign literature, though in German literature only during recent years. The uptake of drinking water containing nitrate by infants during the first three months of life can result in severe cyanosis which may lead to a faulty diagnosis. The prognosis of the disease is favourable, when the doctor is well acquainted with the clinical picture and an adaquate therapy is instituted.

Résumé: Contribution casuistique à la méthémoglobulinémie alimentaire due au nitrate, dont la bibliographie étrangère rapporte depuis un certain temps déjà, alors que la bibliographie allemande en fait mention dans une mesure croissante ces dernières années seulement. L'eau de boisson nitratifère peut déterminer chez des nourrissons, au cours des trois premiers mois, une cyanose grave qui peut aboutir à de faux diagnostics. Pour autant que le tableau clinique soit connu et une thérapeutique adéquate instituée, le pronostic est de bon augure.

Rasch auftretende Zyanose bei jungen Säuglingen ist immer alarmierend, die Erkennung der Ursache derselben nicht immer leicht. Für angeborene Herzfehler, Pneumonien oder mechanische Atemhindernisse fehlen oft die wichtigsten Symptome. Erst in unserem Jahrzehnt kommt die Klärung vieler dieser Fälle! Das Charakteristikum dieser Erkrankung ist die **Methämoglobinämie.**

Während zu Beginn dieses Jahrzehntes vorwiegend erworbene Methämoglobinämien beschrieben wurden, die auf einer Anilinvergiftung (z. B. durch Wäschetinte, Stempelfarbe u. ä.) beruhten, mehren sich jetzt die Mitteilungen über Methämoglobinämie bei jungen Säuglingen durch den Genuß nitrathaltigen Wassers. Wenn also *Wedemeyer* 1956 mitteilt, daß diese Erscheinung in Deutschland „so gut wie nie beobachtet worden ist", so muß daraus geschlossen werden, daß entweder bisher die Symptomatik der Methämoglobinämie zu Fehldiagnosen führte, oder diese Erkrankung tatsächlich jetzt häufiger vorkommt.

Die Schlußfolgerung *Wedemeyers*, das Fehlen der Beobachtungen nitratbedingter Methämoglobinämien „scheint dafür zu sprechen, daß bei uns im allgemeinen die Wasserhygiene besonders sorgfältig überwacht wird und vor allen Dingen dafür, daß die Mütter unterrichtet sind, nur einwandfreies Brunnenwasser für die Säuglinge zu verwenden" bedarf wohl einer Einschränkung! Eine weitere Ursache der zunehmenden Beobachtungen dürfte in der zunehmenden Verwendung von Trockenmilch zu suchen sein *(Tunger).*

Betke und Kleihauer nehmen mit Recht an, daß zwar auf dem Lande mehr das Brunnenwasser zur Herstellung der Säuglingsnahrung benutzt wird, aber bisher wohl weniger von Trockenmilchen Gebrauch gemacht wurde. **Trockenmilch und Brunnenwasser** sind die wesentlichsten Komponenten, die zur alimentären Methämoglobinämie führen können, wenn das Brunnenwasser einen über der Schädlichkeitsgrenze liegenden Nitratgehalt aufweist! Aber auch falsch zusammengesetzte Nahrung aus Frischmilch zum Beispiel in Form der 1/3-Milch kann mit ihrem großen Wasseranteil unter den obengenannten Umständen zur Methämoglobinämie führen, ebenso das reichliche Nachfüttern von Tee nach Brustmahlzeiten. Die alimentäre Nitrat-Methämoglobinämie nach 1/3-Milch ist nach

den bisherigen Mitteilungen erst einmal beschrieben worden, so daß wir glauben, auf einen weiteren, selbst beobachteten Fall hinweisen zu müssen (Tab. 1).

Tabelle 1

Jahr	Autor	Patienten	Nahrung
1956	Wedemeyer Hildesheim	3 Pat. (1 †)	Trockenmilch + Brunnenwasser
1956	Souchon Bremen	1 Pat.	Trockenmilch + Brunnenwasser
1956	Tunger Glauchau	2 Pat.	Trockenmilch + Brunnenwasser
1956	Aussprache 13. 10. Wernigerode	12 Pat.	
1956	Schilling-		
1957	Weingärtner Leipzig	5 Pat. (2 †)	4 × Trockenmilch + Brunnenwasser 1 × 1/3 - Milch
1957	Betke u. Kleihauer Freiburg i. Br.	1 Pat.	Trockenmilch + Leitungswasser

Die im deutschen Schrifttum bisher veröffentlichten Fälle von alimentärer Nitrat-Methämoglobinämie.

Über **Symptomatik und Pathogenese** ist in den bisherigen Mitteilungen schon eingehend geschrieben worden, weshalb wir uns darüber kurz fassen können.

Die ersten Mitteilungen über alimentäre Nitrat-Methämoglobinämie stammen aus dem Ausland einschließlich Übersee. In Europa hat sich neben französischen Autoren besonders *Bodó*, Fünfkirchen, mit diesem Krankheitsbild eingehend befaßt. Er beschreibt 7 Säuglinge im ersten Trimenon mit der einheitlichen Symptomatik: Zyanose, Unruhe, Tachykardie. Zur Pathogenese stellt er fest, daß bei allen Säuglingen eine Dyspepsie bestand oder vorausging. Damit sind nitritbildende Kolibakterien in die oberen Darmabschnitte gelangt, welche dann das Nitrat des Trinkwassers in Nitrit verwandeln. Dieses wiederum führt zur Methämoglobinämie infolge leichterer Oxydierbarkeit des fetalen Hämoglobins. Aus diesem Grund kommt das Krankheitsbild auch nur im ersten Trimenon vor. Die deutschen Autoren *(Wedemeyer, Souchon, Tunger, Weingärtner, Betke und Kleihauer)* stimmen bezüglich der Symptomatik und ihren Ansichten zur Pathogenese im wesentlichen mit *Bodó* überein. Auf die Gefahr der Methämoglobinämie bei Verwendung von Trockenmilch, namentlich durch Eindampfen nitrathaltigen Wassers hat *Knorr* schon 1953 hingewiesen.

Über die **Therapie** bestehen keine gegensätzlichen Meinungen. Methylenblau in einer Dosierung von 1 bis 2 mg/kg Körpergewicht i.v. oder rektal als 0,1- bis 1%ige Lösung, ggf. 10 bis 20 mg per os; Katalysin 5 ml i.v. sowie hohe Dosen Askorbinsäure i.v. werden empfohlen. Austauschtransfusionen werden meistens für überflüssig gehalten. Einige Todesfälle beweisen, daß es sich um ein ernst zu nehmendes Krankheitsbild handelt, wenn auch die Prognose bei rechtzeitiger Behandlung — manchmal jedoch schon allein durch Verabfolgung einwandfreien Trinkwassers — durchaus günstig ist.

Eigene Beobachtung

Der bei der Aufnahme 43 Tage alte Säugling Angelika K. (Krankenblatt-Nr. 169/57) ist das erste Kind seiner Eltern, wohnhaft in K., einem Dorf im Unstruttal. Es ist nie voll gestillt worden, sondern bekam 3 Wochen lang 5mal nach jeder Brustmahlzeit ca. 100 g 1/3-Milch nachgefüttert. Mit Ende der 4. Woche wurde abgestillt und das Kind erhielt bis zur Krankenhausaufnahme 6mal bis 200 g 1/3-Milch! Am Tage vor der Aufnahme hat das Kind dann wenig getrunken, am Aufnahmetag selbst hat die Mutter durchfällige Stühle beobachtet. Beim Baden fiel der Mutter die zunehmende Zyanose auf, der zugezogene Arzt wies als „Morbus caeruleus" sofort ein. Bei der Aufnahme machte das 6 Wochen alte Kind wegen der erheblichen Zyanose, besonders an den Akren, einen schwerkranken Eindruck. Das Kind war unruhig, der Muskeltonus erschien jedoch etwas schlaff. Außerdem war eine Tachykardie festzustellen, doch fehlten pathologische Herzgeräusche. Pneumonische Zeichen aller Art mit Ausnahme leichten Nasenflügelatmens fehlten. Fieber bestand nicht. Wegen der Überfütterungs- und Dyspepsieanamnese wurde das Krankheitsbild für eine Prätoxikose mit erheblicher Kreislaufschwäche gehalten. Die therapeutische Wirkung von Cedilanid und Kreislaufmitteln war gleich null. Bei einer intravenösen Injektion fiel das schokoladenbraune Blut auf und bestätigte uns den inzwischen aufgetauchten Verdacht einer Methämoglobinämie. Eine Bestimmung des Methämoglobins selbst mußte wegen technischer Mängel unterbleiben.

Mit 5 ccm einer 1%igen Methylenblaulösung i.v. haben wir — bei einem Körpergewicht von 4190 g — zwar erheblich hoch dosiert, doch wurde die Injektion gut vertragen. Mit der Nahrung (sog. Homoseranschema mit Daucaron) gaben wir 10mal 0,05 Vitamin C.

Am folgenden Tag war das Kind wesentlich ruhiger, die Hautfarbe bereits blaß-rosig. Eine nochmalige Gabe von 3 ccm 1%iger Methylenblaulösung i.v. führte zur endgültigen Wendung zum Guten. Die weitere Behandlung entsprach der einer mittelschweren Dyspepsie, wobei therapeutisch großer Wert auf möglichst langdauernde Frauenmilchernährung gelegt wurde. Gestützt wurde die Diagnose schließlich durch die Untersuchung des Brunnenwassers, mit dem das Kind vor der Krankenhausaufnahme zu zwei Dritteln ernährt wurde. Es enthielt: 700 mg/l Nitrat, NO_3; Nitrit + und 440 mg/l Chlorid (B. H. I. Halle a. d. S.).

Diese kasuistische Mitteilung soll ein Beitrag zur Erkennung und Vermeidung dieser nicht ungefährlichen Krankheit sein, die eigentlich unter den hyienischen Bedingungen unserer Tage nicht mehr vorkommen dürfte.

Nachtrag bei der Korrektur:

Inzwischen wurde uns ein weiterer Fall alimentärer Nitrat-Methämoglobinämie bekannt.

9 Wochen alter weiblicher Säugling, Eleonore M. aus D., Kreis Querfurt (Krankenblatt Nr. 387/57), Ernährung jetzt mit 5×150 1/3-Milch. Wegen Schnupfenanamnese Aufnahme als Pneumonieverdacht am 11. 10. 1957.

Dyspeptischer Säugling mit mittelschwerer Zyanose und erheblicher Tachykardie, keine pneumonischen Zeichen.

Im Blut Methämoglobin 3,8%.

Kind erhält an den beiden aufeinanderfolgenden Tagen je 0,5 g Askorbinsäure i.v. Am 3. Tag wieder völlig normale Hautfarbe.

Bestätigung durch die Untersuchung des zur Nahrungszubereitung verwandten Brunnenwassers: 350 mg/l Nitrat. Brunnen steht knapp 6 m von der Dunggrube entfernt.

Schrifttum: Betke, K. u. Kleihauer, E.: Dtsch. med. Wschr., 82 (1957), S. 1127. — Bodó, T.: Mschr. Kinderhk., 103 (1955), S. 8—11. — Knorr, M.: Münch. med. Wschr., 99 (1957), S. 25. — Schmuttermeier, E.: Wien. med. Wschr. (1955), S. 574—576. — Souchon, F.: Dtsch. med. Wschr., 81 (1956), S. 1091—1092. — Tunger, H.: Ärztl. Wschr., 21 (1957), S. 474. — Wedemeyer, F. W.: Arch. Kinderhk., 152 (1956), S. 267—275. — Weingärtner: Zschr. ärztl. Fortbild., 51 (1957), S. 716. — Aussprache am 13. 10. 1956 in Wernigerode: Ref. Kinderärztl. Praxis (1957), S. 240.

Anschr. d. Verf.: Chefarzt Dr. med. E. Mohr, Kinderkrankenhaus Querfurt, Professor-Voigt-Straße 20.

DK 616.153.963.43 - 053.3

Aus der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Salzgitter-Drütte (Leitender Arzt: Dr. med. habil. W. *Lindner*)

Klinische Erfahrungen bei der Behandlung von Rhythmusstörungen des Herzens mit dem injizierbaren Crataegusextrakt Esbericard

von H. LAYER

Zusammenfassung: Es wird über 50 Fälle von Rhythmusstörungen des Herzens berichtet, die mit dem injizierbaren Crataegusextrakt „Esbericard" behandelt wurden.
Das Präparat zeigt sowohl bei peroraler als auch bei parenteraler Anwendung gute Verträglichkeit und selbst bei langfristiger Applikation keine Kumulationserscheinungen oder andere toxische Wirkungen.
Es erwies sich, in Dosen bis zu 20 ccm intravenös injiziert, als wirksam bei der Behandlung echter paroxysmaler Tachykardien und tachykardialer Anfälle sowie bei Extrasystolien verschiedener Genese und verschiedenen Ausgangsortes.
Wenig aussichtsreich ist die Behandlung von Tachyarhythmien mit Vorhofflimmern oder -flattern.

Summary: The author reports on 50 patients suffering from disturbances of cardiac rhythm, who were treated with injections of the crataegus-extract "esbericard".
The preparation was administered perorally as well as parenterally and was well tolerated. Even after long lasting administration no symptoms of cumulation or other toxic symptoms were encountered.
Injections up to 20 ml. intravenously administered were found effective in the therapy of paroxysmal tachycardia, tachycardial attacks, and extrasystoles of varied genesis and origin. The therapy of tachycardial arrhythmias with auricular fibrillation or auricular flutter is not very promising.

Résumé: Rapport de 50 cas de perturbations du rythme cardiaque traités par l'extrait de cratægus injectable «Esbéricard». Ce produit thérapeutique, administré par voie buccale ou parentérale, se distingue par une bonne tolérance, et même lors d'une application de longue durée, il ne fut enregistré ni phénomènes d'accumulation, ni autres effets toxiques.
Injecté à raison de doses intraveineuses allant jusqu'à 20 cc., il s'est montré efficace dans le traitement des tachycardies paroxystiques vraies et des crises tachycardiques ainsi que dans les extrasystolies d'étiologie et d'origine variées.
Le traitement des tachyarhytmies avec fibrillation ou flutter auriculaire ne présente guère de chances.

Seit ihrer Einführung in die Herztherapie haben die Digitalisglykoside und sogenannten Digitaloide dieses Behandlungsgebiet weitgehend beherrscht. Erst in den letzten Jahren schenkt man auch weniger bekannten, herzwirksamen Substanzen andersartiger Herkunft und Struktur immer mehr Beachtung.

Während die klassischen Herzglykoside bei allen Formen und Graden der kardialen Insuffizienz universelle Bedeutung und Verwendung gefunden haben, befriedigen uns diese bei der Behandlung von Rhythmusstörungen des Herzens erfahrungsgemäß nicht immer und versagen bisweilen gänzlich. Dies hat nicht zuletzt seine Ursache in den mannigfachen extrakardialen Faktoren, die Herzrhythmus und -frequenz zu beeinflussen vermögen, und gilt besonders für solche Fälle, die ohne Dekompensationserscheinungen einhergehen.

Bei der klinischen Prüfung eines ausreichend standardisierten Weißdornextraktes (aus Crataegus oxyacantha), wie er in dem Präparat **Esbericard**[1]) im Handel ist, konnten wir eine günstige therapeutische Wirkung bei bestimmten Rhythmusstörungen des Herzens beobachten. Es erscheint uns daher berechtigt, die dabei gewonnenen Ergebnisse nachfolgend mitzuteilen.

Pharmakologische Grundlagen

Wie vielfach überliefert, wurde die Weißdorndroge in der Volksmedizin seit altersher als Heilmittel geschätzt. *Green*, ein irischer Arzt, soll sie gegen Ende des vorigen Jahrhunderts erstmals erfolgreich bei Herzkrankheiten angewandt haben (11).

Systematische pharmakologische und klinische Untersuchungen sind erst in den letzten 20 Jahren angestellt worden. Dabei konnten durch chemische Analyse folgende Stoffe aus Crataegusextrakten isoliert werden: Wasserunlösliche Triterpenkarbonsäuren (Oleanol-Ursol-Crataegolsäure), Purinkörper, Chlorogen- und Kaffeesäure, Flavon- und Anthozyanfarbstoffe, Cholin, Acetylcholin, Sorbit, Trauben- und Fruchtzucker (7, 14).

Die Frage nach dem pharmakologisch hauptsächlich wirksamen Prinzip wird auch heute noch unterschiedlich beantwortet. Während *Seel* in den Triterpenkarbonsäuren und Farbstoffgruppen die Hauptwirkstoffe sieht (11), halten *Dörner und Kuschke* Glykoside und cholinartige Substanzen für die wirksamen Bestandteile (5). *Bersin und Mitarbeiter* fanden ein solches Glykosid, dessen Aglykon zur Gruppe der Heptaoxyflavone gehört (4). *Scholten u. a.* schließlich glauben, daß sich der therapeutische Effekt von Crataegusextrakten vielmehr aus dem Zusammenwirken aller Inhaltsstoffe ergibt (10).

Die tierexperimentellen Untersuchungen bestätigen, daß Crataegusextrakte in erster Linie am Herz-Gefäßsystem wirksam sind. Die Untersucher fanden im einzelnen: eine langanhaltende, koronarerweiternde Wirkung (4, 8), eine Tonisierung und Regularisierung der Herztätigkeit (11), eine periphere Gefäßwirkung im Sinne einer Blutdrucksteigerung und eine sedative Wirkung (11).

[1]) Hersteller: Fa. Schaper und Brümmer, chem.-pharm. Fabrik Salzgitter-Ringelheim.

Den bisher im einzelnen ungeklärten Wirkungsmechanismus sieht *Seel* in einem assimilatorischen Effekt auf den Myokardstoffwechsel unter Vermittlung des Milchsäuredehydrogenasesystems (11).

Die klinischen Untersuchungen entsprechen weitgehend den tierexperimentellen Ergebnissen (2, 7, 12). *Storch* faßt die Wirksamkeit der Crataegusextrakte am Menschen als günstige Kombination einer digitalisähnlichen, einer nitroglyzerinähnlichen und einer ephedrinähnlichen Komponente zusammen (12). Auch das von uns verwendete Weißdornpräparat zeigt nach den bisher veröffentlichten Mitteilungen günstige Behandlungsergebnisse bei anginösen Herzbeschwerden (1, 3), bei Koronarinsuffizienz und beim Altersherzen (6, 14, 15), bei hypertonen und hypotonen Kreislaufregulationsstörungen (1, 14). In Kombination mit Digitalisstoffen und Strophanthin soll ein glykosidsparender Effekt eintreten (1, 9, 13).

Ergebnisse der eigenen klinischen Untersuchungen

Wie schon eingangs erwähnt, fiel uns bei der Anwendung relativ hoher Dosen des uns zur Verfügung gestellten intravenös injizierbaren Crataegusextraktes — zunächst als Nebenbefund — eine günstige Beeinflussung bestimmter Rhythmusstörungen des Herzens auf. Dies veranlaßte uns, den beobachteten Effekt an einer größeren Reihe von Fällen des hier vorhandenen Krankengutes zu überprüfen.

Bei dem verwendeten Präparat handelt es sich nach den Angaben der Hersteller um einen konzentrierten, standardisierten Auszug aus Blüten, Blättern und Früchten des Weißdorns, dessen Zusammensetzung qualitativ durch Papierchromatographie, quantitativ durch Einstellung auf einen konstanten Gehalt an wasserlöslichen Wirkstoffen und im biologischen Test durch Bestimmung der LD 50 an der weißen Maus gesichert erscheint. Im Gegensatz zu den bisher handelsüblichen Crataeguspräparaten bot sich hierbei die Möglichkeit der parenteralen Zufuhr.

Das Medikament stand in Ampullen zu 2 ccm zur intramuskulären und intravenösen Injektion sowie als Tropflösung zur peroralen Anwendung zur Verfügung. Es wurde von uns im allgemeinen zunächst in Mengen von 5—10 ccm i.v. oder 4—6 ccm i.m. pro dosi et die angewandt und über mehrere Tage gegeben. Bei Wirkungseintritt setzten wir auf perorale Medikation von 3mal 15—20 Tropfen um, zur Dauertherapie verordneten wir 3mal 10—15 Tropfen täglich. Die Verträglichkeit war auch bei längerer peroraler Anwendung (in einem Falle bis zu 8 Monaten) sehr gut. Toxische Erscheinungen wurden selbst bei rascher intravenöser Injektion von 20 ccm pro dosi nicht beobachtet. Bei intramuskulärer Applikation erwies es sich als gewebsfreundlich und erzeugte weder lokale Reizerscheinungen noch schmerzhafte Empfindungen.

Unsere Erfahrungen stützen sich auf 120 Fälle, die mit Esbericard behandelt wurden, davon 50 Fälle von Herzrhythmusstörungen, die elektrokardiographisch laufend kontrolliert und in der nachfolgenden Aufstellung ausgewertet wurden. Die übrigen konnten nicht berücksichtigt werden, da die Behandlung gleichzeitig mit anderen Medikamenten erfolgte, der Behandlungszeitraum für eine ausreichende Beurteilung zu kurz war usw.

Die behandelten Fälle wurden in 3 Gruppen unterteilt:

1. Paroxysmale Tachykardie (supraventrikuläre und Kammertachykardie) und tachykardiale Anfälle (worunter wir anfallsweise auftretende Frequenzsteigerungen auf 120—160/Minute verstehen).
2. Extrasystolie (verschiedener Genese und Entstehungsortes).
3. Tachyarhythmia absoluta mit Vorhofflimmern oder -flattern.

Das Behandlungsergebnis wird zunächst zahlenmäßig in der folgenden Übersicht zusammengefaßt:

	Anzahl der Fälle	gebessert		unbeeinflusst
		sicher	teilweise	
1. Paroxysmale Tachykardie	10	6	3	1
- tachykardiale Anfälle -	3	2	1	—
2. Extrasystolie	24	16	6	2
3. Tachyarhythmia absoluta	13	1	3	9
insgesamt:	50	25	13	12

1. Paroxysmale Tachykardie und tachykardiale Anfälle:

Wie aus der Tabelle ersichtlich, sprachen diese beiden Gruppen günstig auf das Präparat an. Im Anfall konnten wir gewöhnlich 10—20 Minuten nach intravenöser Injektion von 5—15 ccm Esbericard eine deutliche Herabsetzung der Frequenz mit rascher Besserung der subjektiven Beschwerden beobachten.

In 6 von 10 behandelten Fällen echter paroxysmaler Tachykardien blieben die Anfälle unter weiterer peroraler Anwendung ganz aus, bei 3 Fällen wurden die Paroxysmen seltener und verliefen in abgeschwächter Form. Bemerkenswert war die Wirkung bei einer wegen einer dekompensierten Hypertonie eingewiesenen 72j. Patientin, bei der hier eine paroxysmale Kammertachykardie mit Frequenzsteigerung bis 200/Minute auftrat. Während nach zweimaliger i.v. Injektion von je 0,25 mg Digitoxin keine Besserung eintrat — die üblichen Verfahren wie *Valsalva*'scher und Bulbusdruckversuch waren ergebnislos verlaufen —, sank die Pulsfrequenz nach i.v. Injektion von 6 ccm Esbericard auf 84/Minute ab, und die Patientin fühlte sich subjektiv wieder wohl. Unter weiterer peroraler Therapie bildete sich nach Tagen ein Sinusrhythmus mit normaler Schlagfolge aus, und die im Anfall stark abgesunkenen Blutdruckwerte normalisierten sich. Ein ähnlicher Anfall wurde in der Folgezeit nicht mehr beobachtet (siehe Abb. 1a und b).

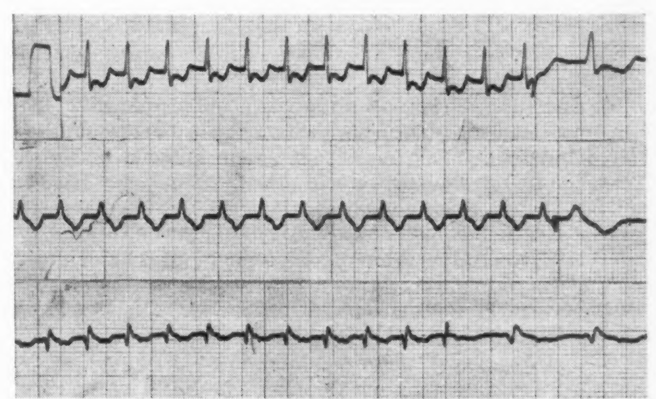


Abb. 1a: EKG der Pat. M. P., 72 Jahre alt. Linkstyp, paroxysmale Kammertachykardie, Frequenz ca. 200/Min. Ablaufgeschwindigkeit 25 bzw. 50 mm/sec.

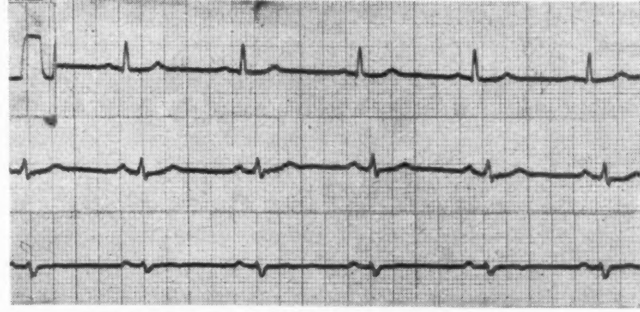


Abb. 1b: EKG derselben Pat. nach Behandlung mit Esbericard. Linkstyp, Sinusrhythmus, Frequenz ca. 60/Min. Ablaufgeschwindigkeit 25 mm/sec.

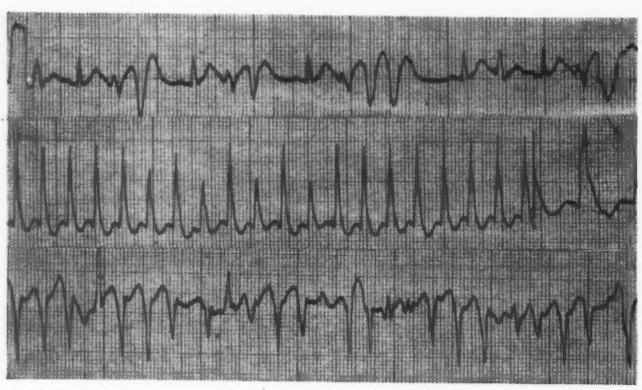


Abb. 2a: EKG des Pat. J. M., 46 Jahre alt. Schwere akute Herzrhythmusstörung mit Intervallen von salvenartigen, polytopen Extrasystolen und paroxysmaler Kammertachykardie

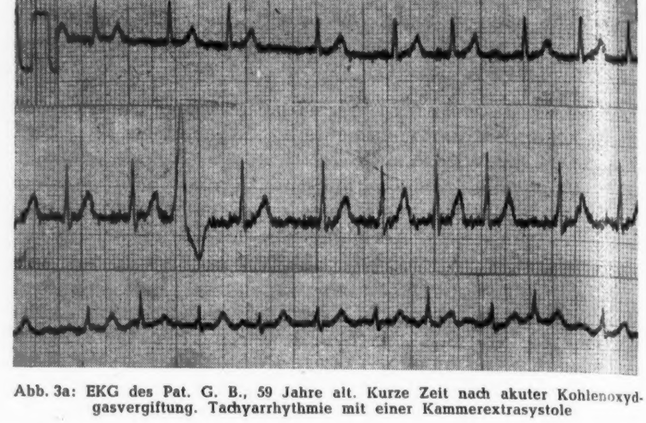


Abb. 3a: EKG des Pat. G. B., 59 Jahre alt. Kurze Zeit nach akuter Kohlenoxydgasvergiftung. Tachyarrhythmie mit einer Kammerextrasystole

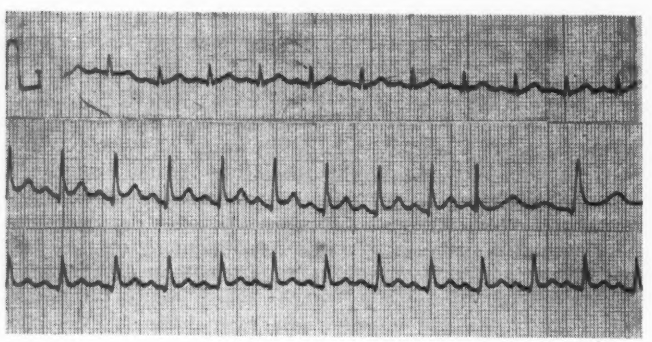


Abb. 2b: EKG desselben Pat. 30 Minuten nach intravenöser Injektion von 10 ccm Esbericard, nachdem der Puls schon unter der Injektion rhythmisch geworden war. Steiltyp, Sinusrhythmus, Frequenz ca. 120/Min. Ablaufgeschwindigkeit 25 mm/sec.

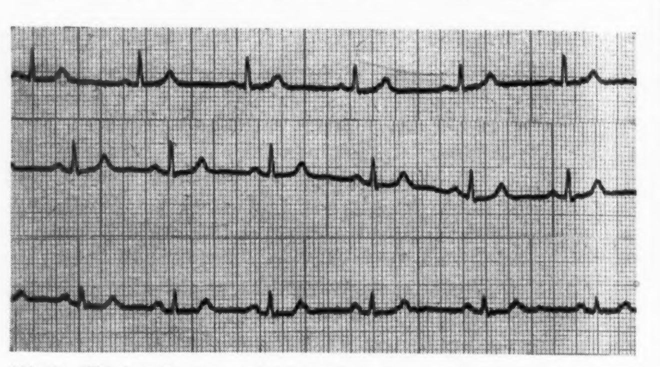


Abb. 3b: EKG desselben Pat. nach 5tägiger Behandlung mit Esbericard (6 ccm täglich intravenös). Normaltyp, Sinusrhythmus, Frequenz ca. 65/Min. Ablaufgeschwindigkeit 25 mm/sec.

2. Extrasystolie

Bei der Behandlung von Extrasystolien verschiedener Genese und verschiedenen Ausgangspunktes erwies sich die Behandlung mit Esbericard ebenfalls als günstig. Besonders die Kammerextrasystolen verschwanden oft nach wenigen intravenösen Injektionen und traten bei $^2/_3$ der Fälle bei peroraler Weiterbehandlung nicht mehr auf. Bei 6 von 24 Patienten konnte eine vorübergehende Besserung erreicht werden.

Ein interessanter Fall sei auch hier ausführlicher mitgeteilt. Bei einem 46j. Mann, der bis dahin klinisch herzgesund war, trat unter der Spülung einer Pleuraempyemhöhle mit einem Trypsinpräparat eine schwere Rhythmusstörung des Herzens mit peripherem Kreislaufkollaps ein. Im Elektrokardiogramm fanden sich neben einer paroxysmalen Kammertachykardie Intervalle von salvenartigen, polytopen Extrasystolen. Der akut lebensbedrohliche Zustand ließ sich durch i.v.-Injektion spasmolytischer Substanzen, Strophanthin, Kreislaufmittel usw. nicht durchbrechen, besserte sich jedoch, wie die laufende EKG-Kontrolle zeigte, unter der langsamen i.v. Injektion von 10 ccm Esbericard bis zum Wiedereintreten des regulären Sinusrhythmus im Verlauf von 30 Minuten. Wir haben keinen Zweifel, daß der Crataegusextrakt hier entscheidend zur Regularisierung der schweren Rhythmusstörung beigetragen hat (s. Abb. 2a und b).

3. Tachyarhythmia absoluta

Weniger erfolgreich gestaltete sich die Behandlung von Tachyarhythmien. Hierbei konnten wir in der Mehrzahl eine regularisierende Wirkung nicht feststellen. Lediglich in 3 von 13 behandelten Fällen erreichten wir einen Übergang in einen niedrigeren, optimalen Frequenzbereich, jedoch ohne Dauererfolg.

Nur in einem Falle von paroxysmaler Tachyarhythmie mit Kammerextrasystolie nach akuter Kohlenoxydintoxikation gelang es nach 5tägiger Anwendung von je 6 ccm Esbericard i.v. eine völlige Regularisierung zum normalen Sinusrhythmus zu erreichen (s. Abb. 3a und b). Hierbei ist jedoch zu bemerken, daß wir in einigen ähnlich gelagerten Fällen von Herzrhythmusstörungen nach Kohlenoxydgasvergiftung auch ohne wesentliche Therapie mit dem Abklingen der Intoxikationserscheinungen eine Regularisierung der Herztätigkeit beobachten konnten.

Schrifttum: 1. André, W.: Ther. Gegenw., 96 (1957), S. 170. — 2. Assmann, E.: Hippokrates, 10 (1939), S. 282. — 3. Becker, A.: Hippokrates, 27 (1956), S. 322. — 4. Bersin, T., Müller, A. u. Schwarz, H.: Arzneimittel-Forsch, Aulendorf, 5 (1955), S. 490. — 5. Dörner, J. u. Kuschke, H. J.: Arch. exper. Path. Pharmak., 224 (1955), S. 24. — 6. Haberecht, I.: Med. Klin., 52 (1957), S. 185. — 7. Hockerts, Th. u. Mülke, G.: Arzneimittel-Forsch., Aulendorf, 5 (1955), S. 755. — 8. Jakobi, H., Oberdorf, A. u. Rummel, W.: Arzneimittel-Forsch, Aulendorf, 6 (1956), S. 98. — 9. Löwenstein, O. v.: Med. Mschr., 10 (1956), S. 26. — 10. Scholten, C.: Arzneimittel-Forsch., Aulendorf, 6 (1956), S. 479. — 11. Seel, H.: Hippokrates, 9 (1938), S. 6. — 12. Storch, H.: Med. Klin., 49 (1954), S. 1331. — 13. Weiß, R. F.: Hippokrates, 28 (1957), S. 250. — 14. Werner, H.: Medizinische (1956), S. 692. — 15. Wezler, K.: Mitt. Ringelh. Biol. Umschau, 12 (1957), S. 18.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. Layer, Städt. Krankenhaus, Inn. Abt., Salzgitter-Lebenstedt.

DK 616.12 - 008.318 - 085.711.692 Esbericard

Aus dem Pharmakologischen Institut der Medizinischen Akademie Düsseldorf (Direktor: Prof. Dr. med. *F. Hahn*)

Zur Pharmakologie von Crataegusextrakten (Esbericard)

Bemerkungen zu der vorstehenden Arbeit von *H. Layer*

von H. DAWEKE und H. GIERTZ

Zusammenfassung: Es wird über einen wäßrigen Crataegusextrakt (Esbericard) berichtet, der bei der Infusion an Meerschweinchen eine Hemmung der Erregungsleitung in den Herzkammern verursacht. Die Überleitung der Erregung vom Vorhof auf die Kammern wird im Gegensatz zu anderen Crataegusextrakten erst in höheren Dosen und nicht regelmäßig beeinflußt. Der Extrakt wirkt ferner koronarerweiternd am *Langendorff*-Herzen. Beide Wirkungen scheinen auf verschiedenen Inhaltsstoffen zu beruhen. Eine besondere Eigenschaft des Extraktes ist seine Fähigkeit, das *Langendorff*-Herz für die Koronarerweiterung durch nachfolgende Theophyllingaben zu sensibilisieren.

Summary: Report is given on an aqueous crataegus-extract (esbericard) which on infusion into guinea-pigs causes an inhibition of impulse conduction in the ventricle of the heart. In contrast to other crataegus-extracts, the conduction of impulses from auricles to ventricles is influenced only with higher doses and not regularly. The extract also exerts a dilating effect on the coronary arteries in the *Langendorff*-heart. Both effects are apparently based on different components of the extract. Its special property is the fact that it is capable of sensitizing the Langendorff-heart for dilating the coronary arteries by following administration of theophyllin.

Résumé: Les auteurs rapportent au sujet d'un extrait aqueux de cratægus (Esbéricard) qui, infusé à des cobayes, produit une inhibition de la conduction de l'excitation dans les ventricules. Contrairement à d'autres extraits de cratægus, la conduction auriculo-ventriculaire est seulement influencée par des doses élevées et encore irrégulièrement. L'extrait déploie en outre un effet dilatateur sur les coronaires au cœur de *Langendorff*. Les deux effets semblent reposer sur des constituants différents. L'extrait a cette qualité particulière de sensibiliser le cœur de *Langendorff* à la dilatation coronaire par des doses consécutives de théophylline.

Der Bericht von *Layer* über die günstige Wirkung eines wäßrigen Crataegusextraktes (Esbericard) veranlaßt uns, über eigene tierexperimentelle Befunde mit diesem Extrakt zu berichten, die vielleicht in Beziehung zu den beobachteten klinischen Effekten stehen könnten. Unsere Ergebnisse scheinen uns auch deshalb interessant, weil sie in einigen Punkten von denen anderer Autoren abweichen.

Methodik: Wir infundierten den unverdünnten Extrakt mit verschiedenen Infusionsgeschwindigkeiten Meerschweinchen im Gewichte von 200—300 g in die vena jugularis. Die Tiere waren in Urethannarkose (1,75 g/kg s.c.) und wurden teils künstlich beatmet, teils atmeten sie spontan. Bei 10 Tieren wurde jede Minute ein EKG aufgenommen, bei den übrigen Tieren nur dann, wenn wir aus Änderungen der Frequenz oder des Rhythmus auf eine Veränderung gegenüber dem zuletzt aufgenommenen EKG schlossen. Wir beobachteten das EKG bis die Frequenz unter 15/min absank und betrachteten diesen Zeitpunkt als Herztod. Einige Tiere erhielten 20 min vor Infusionsbeginn Atropin, und zwar 10 mg/kg Atropinsulfat s.c. — Die koronarerweiternde Wirkung des Extraktes testeten wir am *Langendorff*-Herzen (Meerschweinchen), an dem wir auch die mechanische Tätigkeit beobachteten (Einzelheiten der Methodik s. *Giertz, Oberdorf und Rummel*). — Die Untersuchungen wurden mit verschiedenen Chargen des Präparates durchgeführt, die sich in ihrer Wirkung nicht nachweisbar voneinander unterschieden.

1. Untersuchung der Herzwirkung am intakten Tier.

Unsere Versuchsergebnisse sind in der Tabelle zusammengefaßt. Auffällig ist die außerordentlich große Streuung der Dosen, die zum Herztod führen. Dabei war es ohne Belang, ob wir die Tiere künstlich beatmeten oder spontan atmen ließen oder ob wir ihnen bei künstlicher Atmung Atropin vor Infusionsbeginn gaben. Dagegen hatte die Infusionsgeschwindigkeit einen Einfluß auf die tödlichen Dosen, denn bei langsamer Infusion waren sie niedriger als bei rascher. Dieser Unterschied ist trotz der großen Streuung statistisch gesichert.

Die genaue Analyse der während der Infusion auftretenden EKG-Veränderungen ergab als besonders hervorstechendes Symptom Störungen der Erregungsleitung im Kammer-EKG. Sie beginnen mit den Bildern leichter Erregungsverzögerung und reichen bis zum ausgeprägten Schenkelblock. Überleitungsstörungen traten nie auf, wenn nicht schon schwere Veränderungen im Kammer-EKG sichtbar waren. Die terminalen EKG zeigen einen Kammereigenrhythmus sehr langsamer Frequenz, in der Hälfte der Fälle sind Vorhofaktionen dann nicht mehr im EKG erkennbar. Abb. 1 zeigt den typischen Wirkungsverlauf einer Infusion. Die Zeitpunkte, zu denen die Erregungsleitungsstörungen nach Infusionsbeginn auftreten, zeigen eine ebenso große Streuung wie die tödlichen Dosen. In 5 von den 10 Fällen, in denen wir jede Minute ein EKG aufnahmen, trat eine deutliche Bradykardie (Abnahme um mehr als 10% der Ausgangsfrequenz) bereits nach Infusion von 0,35 bis 0,4 ml/kg auf. In den anderen Fällen kommt es erst später dazu, einmal erst nach Infusion von 8 ml/kg. Auch dann, wenn die Bradykardie zu Anfang des Versuches eintritt, nimmt sie nicht immer progredient mit der Infusion zu, sondern in 2 Fällen wird sie von Perioden normaler oder sogar etwas gesteigerter Frequenz unterbrochen. Störungen der Erregungsbildung, wie sie regelmäßig nach Digitalis auftreten, konnten wir nie feststellen (Abb. 1).

	Infusionsgeschw. ml/h	Zahl der Versuche	Mittl. tödliche Dosis ml/kg	σ
Künstliche Beatmung	22,5	12	28,74	20,7
	6,2	5	15,01	12,9
	2,3	10	7,82	1,9
Spontanatmung	22,5	12	34,61	17,9
	6,2	5	13,57	7,0
	2,3	10	8,82	4,1
Künstliche Beatmung nach Atropin	22,5	3	26,45	7,3
	6,2	4	11,84	6,1

2. Untersuchungen am isolierten Meerschweinchenherzen.

Der Crataegusextrakt bewirkt eine rasch einsetzende Koronarerweiterung. 0,2 bis 0,3 ml des Extraktes haben etwa die Wirkung von 1 mg Theophyllin. Die Grenzdosis für die Koronarerweiterung beträgt 0,1 ml. Ein besonders auffallender Effekt des Extraktes war die Sensibilisierung des *Langen-*

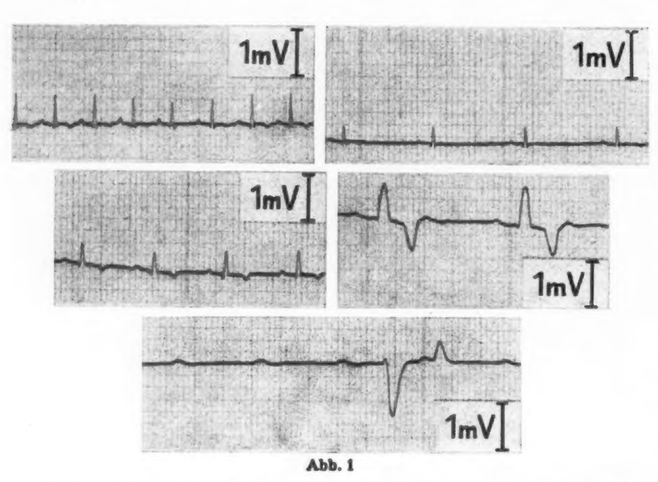


Abb. 1

dorff-Herzens gegen Theophyllin: Gab man über längere Zeit, etwa über 1 Stunde, mehrmals eine bestimmte Theophyllindosis (z. B. 1 mg), so daß sie jeweils eine konstante Koronarerweiterung bewirkte, so verstärkte sich diese Wirkung ganz erheblich nach einer einmaligen Gabe von Esbericard (0,1 bis 0,3 ml). Diese Sensibilisierung war über 1 Stunde durch wiederholte Theophyllingaben nachweisbar.

Im Mechanogramm zeigte sich nach der Gabe von Esbericard eine dosisabhängige, initiale Abnahme der Hubhöhe des schlagenden Herzens, die von einer ebenfalls dosisabhängigen Bradykardie begleitet war. Der initialen Hubhöhenabnahme folgte eine länger andauernde Zunahme (Abb. 2).

Besprechung der Ergebnisse: Die Eigentümlichkeit des Esbericards ist seine Wirkung auf das Kammer-EKG. Die von *Semm* beschriebene sehr regelmäßig zunehmende Bradykardie mit zunehmender Überleitungsstörung, *Wenckebach*scher Periodik und schließlich totalem A-V-Block bei relativ spät auftretenden Veränderungen des Kammer-EKGs trat in keinem Falle auf, wogegen wir sie bei Infusion eines anderen Extraktes in allen Fällen beobachteten. Das Ausbleiben der von *Semm und Graham* gefundenen atemlähmenden Wirkung von Crataegusextrakten führen wir auf das Fehlen wasserunlöslicher, atemschädigender Inhaltsstoffe (s. *Dörner und Kuschke*) zurück. Das Ausbleiben der von *Graham* beobachteten Atropinwirkung auf die durch Crataegusextrakte bedingten Störungen der Herzaktion sehen wir als Beweis dafür an, daß Esbericard keine cholinartig wirkenden Stoffe enthält, die in relativ hohen Konzentrationen in Crataegusextrakten vorkommen können *(Fiedler, Hildebrand und Neu)*. Die Unterschiede in der Koronarwirkung zwischen Esbericard und anderen Extrakten sind nur quantitativer Natur. Die Abnahme der Hubhöhe am isolierten Herzen trat dagegen nach anderen Extrakten nicht auf (s. auch *Jacobi, Oberdorf und Rummel)*. Die Sensibilisierung gegen die koronarerweiternde Theophyllinwirkung erfolgte durch Esbericard fast immer in ausgeprägter Weise, durch andere Extrakte war sie höchstens angedeutet.

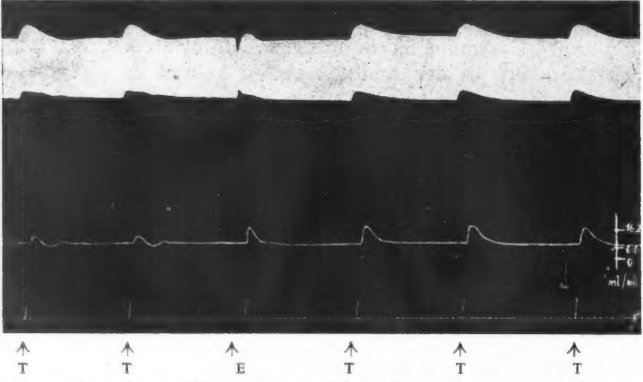


Abb. 2: Obere Kurve: Mechanogramm; mittlere Kurve: Koronardurchfluß; untere Kurve: Zeitschreibung, ein Abstand = 30 sec.
T = Theophyllin 1,0 mg, E = Esbericard 0,3 ml

Die Verschiedenartigkeit der Inhaltsstoffe von Crataegusextrakten erschwert ihre pharmakologische Analyse und ist für die voneinander abweichenden Beobachtungen verschiedener Autoren verantwortlich. Außer Cholinderivaten können Crataegusextrakte weitere pharmakologisch aktive Stoffe, wie z. B. Purinderivate (s. *Kranen-Fiedler*) enthalten, die nicht spezifisch für Crataegus sind. Die Wirkung solcher längst bekannteh Stoffe oder Stoffgemische steht bei der Analyse von Crataegusextrakten möglicherweise ganz im Vordergrund. Stoffe, die für Crataegus einigermaßen spezifisch sind, wurden bisher zwar nachgewiesen, aber entweder wurde ihre therapeutische Bedeutung verneint (Triterpensäuren) oder sie bedarf noch weiterer Aufklärung (Flavonglykoside). Digitalisartige Stoffe sind im Crataegus nicht nachgewiesen *(Neu)*.

Die Wirkung unseres Extraktes auf die Herzkammern ist deshalb bemerkenswert, weil *Layer* in seiner Arbeit gerade paroxysmale Tachykardien und Extrasystolien mit Erregungsbildungszentren in der Kammer als Beispiele oder als besonders geeignet für die Esbericardtherapie anführt. Man muß daher bei der Beurteilung des therapeutischen Wertes von Crataegusextrakten ihre negativ chronotrope und negativ dromotrope Wirkung in ihren verschiedenen Spielarten (mit Wirkungsschwerpunkt auf der Überleitung oder der Leitung in den Ventrikeln) neben ihrer Koronarwirksamkeit berücksichtigen. Daneben ist noch die Möglichkeit einer Sensibilisierung gegen Theophyllin beachtenswert, ein Effekt, der nach einer Nachprüfung an geeigneteren Testobjekten als das *Langendorff*-Herz vielleicht einmal klinische Bedeutung erlangt.

Das gesamte Wirkungsbild von Crataegusextrakten gleicht nicht dem von Digitaliskörpern, vor allem, weil diese die Erregungsbildung fördern. Durch die negativ dromotrope Wirkung des Esbericards könnten die von *Layer* beschriebenen therapeutischen Effekte zustande kommen, indem der Austritt der heterotopen Erregung aus ihrem Bildungszentrum blockiert wird. Digitaliskörper, welche die negativ dromotrope Wirkung mit Crataegusextrakten gemeinsam haben und daher bei Extrasystolien ähnlich wirken können, sind bei Kammertachykardien wegen ihrer positiv bathmotropen Wirkung, die dem Crataegus fehlt, nicht indiziert. Natürlich besteht auch die Möglichkeit, daß die therapeutischen Crataeguseffekte entweder durch eine hemmende Wirkung auf die Erregungsbildung, die bisher nicht nachgewiesen ist, oder, auf indirekte Weise, über eine Verbesserung der Koronardurchblutung zustande kommen.

Vergleiche zwischen der im Tierexperiment angewandten und der in der Klinik wirksamen Dosis sind wegen der Möglichkeit artspezifischer Empfindlichkeitsunterschiede und eventueller Empfindlichkeitssteigerung an erkrankten Herzen immer problematisch. Immerhin liegen die therapeutisch angewandten Dosen (0,1 bis 0,2 ml/kg) in derselben Größenordnung wie die, welche im Tierversuch eben noch eine Wirkung zeigen.

Die vorliegende Arbeit soll nicht nur einen pharmakologischen Beitrag zum Crataegusproblem dadurch leisten, daß sie Beziehungen zwischen pharmakologischen Befunden und ganz bestimmten therapeutischen Effekten herstellt. Sie soll vor allem auf die Problematik der Crataeguspharmakologie hinweisen, die so lange bestehen wird, bis wir alle wirksamen Inhaltsstoffe von Crataegusextrakten kennen. Vorläufig muß man wegen der Ungleichartigkeit von Extrakten verschiedener Provenienzen nicht nur mit quantitativen, sondern auch mit qualitativen Wirkungsunterschieden rechnen; denn nach allem, was man bisher über die Inhaltsstoffe der Crataegus weiß, kann eine eventuell vorhandene spezifische Crataeguswirkung in Extrakten durch eine Reihe unspezischer Faktoren variiert oder sogar überdeckt werden.

Schrifttum: Dörner, J. u. Kuschke, H. J.: Arch. exper. Path. Pharmak., 222 (1955), S. 24. — Fiedler, U., Hildebrand, G. u. Neu, R.: Arzneimittel-Forsch., Aulendorf, 3 (1953), S. 436. — Giertz, H., Oberdorf, A. u. Rummel, W.: Arzneimittel-Forsch., Aulendorf, 6 (1956), S. 457. — Graham, J. D. P.: Quart. J. Pharmacy, London, 13 (1940), S. 49. — Jacobi, H., Oberdorf, A. u. Rummel, W.: Arzneimittel-Forsch., Aulendorf, 6 (1956), S. 98. — Kranen-Fiedler, U.: Arzneimittel-Forsch., Aulendorf, 5 (1955), S. 757. — Layer, H.: Münch. med. Wschr. (1957), 52, S. 1980. — Neu, R.: Arzneimittel-Forsch., Aulendorf, 5 (1955), S. 604. — Semm, K.: Arzneimittel-Forsch., Aulendorf, 2 (1952), S. 562.

Anschr. d. Verff.: Dr. med. H. Daweke u. Dr. med. H. Giertz, Pharmakologisches Institut der Med. Akademie Düsseldorf, Moorenstr. 5.

DK 615.711.692 - 092.259 Esbericard

VERSCHIEDENES

40 Jahre Führer der deutschen tropenmedizinischen Forschung

Bernhard Nocht 1857–1945*)

Zusammenfassung: Gedenkblatt zum 100. Geburtstage *Bernhard Nochts.* N. wurde bereits mit 50 Jahren Leiter des Gesundheitswesens der Stadt Hamburg, Hafenarzt und errang Weltgeltung als Gründer des Deutschen Tropeninstituts in Hamburg und als Vorsitzender der Malariakommission des Völkerbundes.

Summary: Memorial notes dedicated to the 100th anniversary of *Bernhard Nocht.* At the age of 50, *Nocht* was appointed director of the Public Health Service in Hamburg. He was also medical officer of the harbour and gained world recognition as founder of the German Institute for Tropical Diseases in Hamburg and as president of the Committee for Malaria of the League of Nations.

Résumé: Feuille commémorative à l'occasion de la 100e fête d'anniversaire de *Bernhard Nocht.* Déjà à l'âge de 50 ans, *Nocht* fut nommé directeur du Service d'Hygiène de la ville d'Hambourg et médecin des ports et acquit une réputation mondiale en tant que fondateur de l'Institut Tropical Allemand à Hambourg et président de la Commission du Paludisme à la Société des Nations.

Vor 50 Jahren war ein Fünfzigjähriger kein junger Mann wie heute; aber wenn jemand mit 50 Jahren in Hamburg schon Medizinalrat, d. h. der leitende Fachmann des ganzen Gesundheitswesens der Freien und Hansestadt war, war er es doch sehr jung geworden. So geschah es Bernhard Nocht. Am 4. 11. 1857 in Landeshut in Schlesien geboren, konnte er schon mit 19 Jahren sein Medizinstudium an der Pépinière in Berlin beginnen. Nach Approbation als Arzt diente er als Sanitätsoffizier erst im Heere, dann in der Marine, was ihm Gelegenheit gab, sich schon in jungen Jahren in Ostasien die Malaria zu holen. In seinem 30. Lebensjahre zu Robert Koch kommandiert, besaß er dessen volles Vertrauen, als er während des furchtbaren Cholerasterbens 1892 in Hamburg die ärztliche Beaufsichtigung des Hafens übernehmen mußte. Hier erwarb er sich die größte Wertschätzung beim Senat und den Reedereien in dem Maße, daß von vornherein kein Zweifel war, wer Hafenarzt würde, als 1893 in Hamburg nach den harten Lehren des Vorjahres eine solche Stellung als erste in Deutschland geschaffen wurde. Er hat diesen Dienst organisiert mit großer Liebe zur Sache und eiserner Pflichterfüllung und trotzdem noch Zeit gefunden, sich 1897 mit Frl. *M. Dencker* zu verloben und bald danach zu heiraten sowie in den nächsten Jahren dreimal den Besuch des Storches zu empfangen. Bis 1900 hatte er im Inneren des hafenärztlichen Dienstes den Keim eines tropenmedizinischen Institutes so weit reifen lassen, daß es geboren werden konnte in einem Flügel des Seemannshauses, sehr bescheiden, verbunden mit einem kleinen Krankenhause. Seit 1906 erlaubte ihm nun seine Stellung als Medizinalrat diesem seinem Lieblingskinde so viel Pflege angedeihen zu lassen, daß es schnell aus seinem alten Anzuge herauswuchs und in dem großen T r o p e n i n s t i t u t an der Straße, die heute seinen Namen trägt, ein neues stattliches und damals noch auf Zuwachs berechnetes Gewand erhielt. Große Verdienste erwarb sich *Nocht* 1914—1918 als Berater leitender Stellen um die Bekämpfung der Kriegsseuchen, vor allem des Flecktyphus und der Malaria. Damit hat er zweifellos vielen Tausenden das Leben gerettet.

Trotzdem gelang es *Nocht* nur mit Mühe, nach dem Zusammenbruch sein Tropeninstitut den Sparsamkeitsmaßnahmen aus dem Rachen zu ziehen. Und doch wäre ihm das vielleicht nicht gelungen, wenn nicht eine weitblickende Kaufmannschaft ihr Gewicht gegen eine Maßnahme in die Waagschale geworfen hätte, die das damals uns großenteils noch recht abgeneigte Ausland wohl mit einem Jubelgeschrei über deutsche Unkultur quittiert hätte. Denn was *Nocht* im Auslande galt, zeigte sich, als er 1923 Mitglied der Hygienekommission des Völkerbundes und alsbald der hochgeachtete und -beliebte Vorsitzende von dessen Malariakommission wurde, die er durch ganz Südeuropa und den Nahen Osten geführt hat. 1925 zeigten dann die Ehrungen und Stiftungen, die seiner Schöpfung, dem Tropeninstitut, zum 25. Geburtstage zuteil wurden, daß nunmehr auch in der Heimat der Wind wieder günstig war. So hoch stand sein Ansehen, daß ihm das 65. Lebensjahr als Beamten und das 68. als Hochschullehrer nichts angehabt haben. Erst mit 75 Jahren trat er 1932 in den Ruhestand und schied ungefähr um die gleiche Zeit aus seiner reichen internationalen Tätigkeit aus. Seine Verdienste wurden an seinem 80. Geburtstage bei einer glanzvollen Feier im Institut, das heute *Bernhard-Nocht*-Institut heißt, durch die Verleihung des Adlerschildes des Deutschen Reiches anerkannt. Den Zusammenbruch von 1945 hat er nicht lange überlebt. Die bösen Zeiten setzten dem 87jährigen Herzen zu schwer zu. Aber die Asche der getreuen Gatten ist nicht in Wiesbaden verblieben, sondern in aller Stille in Bahrenfeld nach einer schlichten und würdigen Feier, wie es der Sinnesart des großen Toten entsprach, beigesetzt worden.

Prof. Dr. med. *E. Martini*, Hamburg 20, Abendrothsweg 21.

DK 92 Nocht, Bernhard

*) Vgl. auch das Lebensbild von z u r V e r t h ds. Wschr. (1927), S. 1838.

Zum 4. 11. d. J. hat das Institut dem Andenken an seinen Begründer die Schrift: Bernhard Nocht, ein Lebensbild (174 pp.) gewidmet.

Immanuel Kant über die Bedeutung der normalen Nasenatmung*)

von A. WITZEL

Zusammenfassung: Aus Kants „Streit der Facultäten" von 1798 und einer 1957 erschienenen Publikation eines HNO-Facharztes werden bemerkenswert übereinstimmende Erfahrungen über den Wert der Nasenatmung referiert und verschiedene Reflexionen angestellt, die sich aus dieser Gegenüberstellung ergeben.

Summary: Two works—one by Kant, namely "Dispute of the Faculties" published in 1798, and the other by an ear, nose, and throat specialist of 1957 are referred to. Both works record remarkably similar experiences regarding the value of breathing through the nose. Various reflections arising from the comparison of these works are given.

Résumé: L'auteur rapporte des enseignements d'une concordance remarquable sur l'importance de la respiration nasale, tirés de la «Dispute des Facultés» de Kant de 1798 et d'une publication d'un oto-rhino-laryngologiste, parue en 1957: il fait diverses réflexions qui résultent de cette confrontation.

Es bereitet vielfach Vergnügen, aus der heutigen medizinischen Literatur Gedanken aufzunehmen und bei Konfrontation mit Äußerungen aus zurückliegender Zeit festzustellen, daß sich die Aussagen in Gehalt und zum Teil auch in der Form erstaunlich entsprechen. Ist ein solcher Vergleich bei Veröffentlichungen früher und jetzt lebender Ärzte reizvoll — wobei sich mannigfache Reflexionen ergeben, beim negativ Tendierenden über den mangelnden Erkenntnisfortschritt unserer Wissenschaft, beim positiv Gestimmten über den Reichtum der Medizin an unveränderlichen Wahrheiten — so ist es doppelter Genuß, wenn man in den Werken einer berühmten historischen Person, die kein Arzt war, Beobachtungen findet, die von einem heutigen Kollegen wieder als aktuelle Erfahrungen mitgeteilt werden. Es erfreut, daß der Berühmte für Fragen Interesse zeigte, die noch jetzt den Arzt bewegen, wir zollen ihm Hochachtung, wenn er durch genaue Beobachtung und geistvolle Deduktion zu gleichen Schlüssen wie der moderne Autor kommt. Auch finden die Ärzte, die zur Besinnung auf ärztliche Intuition und Beobachtungskunst mahnen und die übermäßig bewertete apparative und mechanisierte Diagnostik in gebührende Grenzen zurückführen wollen, in solchen überlieferten Erkenntnissen gewichtige Legitimation — falls es einer bedürfte. Gründet der historische Beobachter seinen Bericht noch auf eigene Erfahrungen, so erfährt er unser besonderes Interesse, weil er selbst als Patient offenbar wird, und wir über die Bindung hinaus, die die heutige Welt seines gesicherten geistigen Werkes wegen zu ihm hat, intimen Anteil an seinem täglichen Leben gewinnen.

Gegenwärtigen Anlaß zur Niederschrift dieser Gedanken gab die Veröffentlichung über „Die Bedeutung der normalen Nasenatmung für die körperliche und geistige Entwicklung des Menschen und für die Erkrankungen der Luftwege" (1) von Prof. *Eckert-Möbius*, zu der sich die korrespondierende Aussage unter dem Titel „Von der Hebung und Verhütung krankhafter Zufälle durch den Vorsatz im Athemziehen" in *Kants* „Streit der Facultäten" findet (2). Lassen schon die Überschriften auf Gleichartigkeit des behandelten Gegenstandes schließen, so überraschen die Ausführungen des Philosophen und des modernen Spezialisten geradezu durch die auffallende Übereinstimmung in Einzelheiten.

Beide Autoren erklären sich für eine **Bevorzugung der Nasenatmung vor der Mundatmung** und schildern die unliebsamen Folgen, welche eine Mundatmung nach sich zieht. Wenn sich dabei *Eckert-Möbius* auf seine reiche klinische Erfahrung und *Kant* beinahe ausschließlich auf Selbstbeobachtung stützt, so muß die Konkordanz der Ansichten um so mehr beeindrucken, und der moderne Autor, der sich eingangs seiner Arbeit darüber beklagt, daß nur wenige Gebildete halbwegs über die Wichtigkeit der respiratorischen Funktion der Nase Bescheid wissen, mag einige Genugtuung darüber empfinden, daß sich ein so wahrhaft Gebildeter derart sachkundig mit dem von ihm behandelten Problem beschäftigt hat. Den ärztlichen Leser können die Beobachtungen *Kants* noch besonders ansprechen, da sie Teil seiner Stellungnahme zu *Hufelands* Buch „Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern" (3) sind. *Hufeland* hatte 1796 als 34jähriger dieses Werk veröffentlicht und im Dezember des Jahres ein Exemplar dem damals 72 Jahre zählenden *Kant* mit der Bitte um Beurteilung übersandt. *Kant* konnte den Gedanken *Hufelands* allerdings nicht seinen vollen Beifall geben.

*) Herrn Prof. D i e p g e n in Verehrung gewidmet.

Bei *Eckert-Möbius* und *Kant* fanden sich im einzelnen die nachfolgenden vergleichbaren Mitteilungen. Von *Eckert-Möbius* werden als häufige **Ursachen der Mundatmung** „entzündliche Verengerungen des Nasenlumens durch chronische katarrhalische Nasenentzündungen" angegeben, über die auch *Kant* klagt, der „dann und wann von Schnupfen heimgesucht" worden war. Den Zustand, der sich dabei aus der Verlegung der Nasenatmung ergibt, schildert *Kant* sehr anschaulich, als er sich „entschloß, mit fest geschlossenen Lippen durchaus die Luft durch die Nase zu ziehen: welches mir anfangs nur mit einem schwachen Pfeifen, und da ich nicht absetzte, oder nachließ, immer mit stärkeren, zuletzt mit vollen und freyen Luftzuge gelang". Besonders ungelegen waren *Kant* diese Erscheinungen, weil sie sich „beym Schlafengehen zutrugen", was *Eckert-Möbius* damit erklärt, daß sich „die Behinderung der Nasenatmung während des Schlafes infolge der durch die liegende Körperhaltung vermehrten Blutfüllung der Kopforgane verstärkt bemerkbar macht". In der „häufigen Störung der Nachtruhe" erblickt *Eckert-Möbius* eine ernstzunehmende Beeinträchtigung, auch *Kant* war „entrüstet über diese Stöhrung des Nachtschlafes", bei der „man sogleich aufwacht, sobald ein Athemzug mit offenem Munde geschieht, und man dadurch gleichsam aufgeschreckt wird". Nach unseren heutigen Anschauungen resultiert dies aus der „Atemnot, die (bei Mundatmung) durch Zurücksinken der im tiefen Schlaf erschlaffenden Zunge entsteht und erst durch Reflexsteigerung beim Wiederaufwachen vorübergehend behoben wird" *(Eckert-Möbius)*. Als weitere Folgen der Mundatmung gibt *Eckert-Möbius* „absteigende Katarrhe des Kehlkopfes und der tieferen Luftwege infolge verstärkter Schleimhautreizung durch die bei Mundatmung unzureichend geminderten Auswirkungen der Inspirationsluft" an, wovon auch *Kant* nicht verschont geblieben ist, der über vorkommenden Husten berichtet, der „durch den Reitz der mit offenen Munde eingeathmeten Luft auf den Luftröhrenkopf erregt wird".

Sind sich die Autoren über Ätiologie, Symptomatik und Folgeerscheinungen der Mundatmung einig, so sind sie es auch über die **Vorteile der Nasenatmung.** *Eckert-Möbius* sieht durch „sensomotorische reflektorische Fernwirkungen Kreislauf, Stoffwechsel und damit die gesamte Leistungsfähigkeit und Gesundheit" induziert, und *Kant* empfindet durch die Nasenatmung die Gefäße gestärkt, die Verdauung befördert und überhaupt durch „die atmosphärische Luft, wenn sie durch die Eustachische Röhre circulirt, das erquikkende Gefühl gestärkter Lebensorgane".

In einigen Punkten gehen allerdings die Meinungen der Autoren auseinander, so über den **Gebrauch der Mundatmung „bei körperlichen Höchstleistungen"** *(Eckert-Möbius)*, für welche *Kant* das Beispiel heranzieht „wenn man genöthigt ist stark oder bergan zu schreiten". Hier hält *Eckert-Möbius* die zeitweise Benutzung der Mundatmung für unbedenklich, während *Kant* solcher Hilfe widerrät, weniger vielleicht wegen zu erwartender schädlicher Folgen, als vielmehr um „von jener Regel (dem Vorsatz zur Mundatmung) nicht abzuweichen" und er empfiehlt „eher seine Schritte zu mäßigen, als von ihr eine Ausnahme zu machen" — ein wahrer Philosoph! Auch über die **Beteiligung der Mundatmung beim Sprechen** herrscht keine Einigkeit. *Eckert-Möbius* hält sie für erforderlich, während laut *Kant* „es sich wirklich nicht so verhält, daß beym Sprechen das Einathmen durch den Mund geschehe, denn es erfolgt

doch auch durch die Nase. Wäre diese nämlich zu der Zeit verstopft, so würde man von dem Redner sagen, er spreche durch die Nase (ein sehr widriger Laut), indem er wirklich nicht durch die Nase spräche und umgekehrt er spreche nicht durch die Nase, indem er wirklich durch die Nase spricht". Diese Sätze stammen allerdings nicht von *Kant* selbst, er zitiert hier eine „launigte" Bemerkung von *Lichtenberg*, der sich ja zeitlebens auf Grund seiner Kränklichkeit und seines freundschaftlichen Umganges mit zahlreichen Ärzten — darunter auch *Hufeland* — viel mit medizinischen Fragen beschäftigte und dessen Stil die obige Bemerkung deutlich trägt.

Aufs Ganze gesehen schmälern diese Differenzen, die sich nur im Nebensächlichen ereignen, nicht entscheidend die erstaunliche Kongruenz der Ansichten, ja *Kant* verficht noch kompromißloser als der Arzt die Nasenatmung, preist „diese diätetische Maxime als probat und heilsam" und zählt „sie nicht unter die Kleinigkeiten" da sie „den Arzt entbehrlich macht". Bei grundsätzlicher Übereinstimmung mit *Kant* gehen zum Schluß der Ausführungen von *Eckert-Möbius* dessen Erwägungen dagegen in andere Richtung und er rät zur Überweisung von Patienten mit behinderter Nasenatmung an einen Fachkollegen. Dieser Unterschied entspringt der Zugehörigkeit der Autoren zu durchaus verschiedenen Fakultäten, doch ist nicht zu befürchten, daß es dieser divergierenden Empfehlungen wegen zu einem „Streit der Facultäten" kommen müßte.

Anmerkung: Um die Entsprechungen sinnfälliger zu machen, wurde bei einem Teil der Zitate die Formulierung etwas gestrafft, wobei jedoch der originale Sinn in jedem Falle streng gewahrt wurde. —

Schrifttum: 1. Eckert-Möbius: Die Bedeutung der normalen Nasenatmung für die körperliche und geistige Entwicklung des Menschen für die Erkrankungen der Luftwege, Münch. med. Wschr., 99 (1957), 39, S. 1405—1408. — 2. Kant: Der Streit der Facultäten. Erstausgabe von 1798 bei Nicolovius, Königsberg. — 3. Hufeland: Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Zweite Ausgabe von 1798 bei der akademischen Buchhandlung, Jena.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Alexander Witzel, Zell am Neckar, Mettenhalde 9.

DK 616.21 - 008.4

AUSSPRACHE

Schlußwort auf die Erwiderung von *H. Gros* in der Münch. med. Wochenschrift 1957, Nr. 38, S. 1376, zur Arbeit

Die Blindpunktion der Leber und ihre Bedeutung für die klinische Diagnostik

Münch. med. Wochenschrift 1957, Nr. 25, S. 921

von E. WELLER und M. LEPP

Zusammenfassung: Die Bedenken von *H. Gros* gegen die Blindpunktion der Leber können von uns nicht geteilt werden. Auf Grund praktischer Erfahrung halten wir daran fest, daß die Leberblindpunktion — gute Technik vorausgesetzt — nicht gefährlicher als die Laparoskopie ist, dabei technisch einfacher und für den Patienten schonender. Ihre diagnostische Leistungsfähigkeit ist geringer als bei der Laparoskopie, jedoch bei über 90% der Leberkranken ausreichend, ja optimal, da die meisten anfallenden Lebererkrankungen diffuser Natur sind; hier aber ist im allgemeinen der histologische Befund wesentlicher und aufschlußreicher als der makroskopische.

Summary: *H. Gros's* objections against blind puncture of the liver cannot be acknowledged by the authors. On the basis of practical experiences the authors stick to the opinion that blind puncture of the liver—provided that it is carried out with perfect technique—is not more hazardous than laparascopy. It is less harmful to the patient and the technique is simpler. Its diagnostic value is smaller than that of laparascopy. It is, however, sufficient in over 90% of patients suffering from liver diseases. It may even be considered as optimal because most of the liver diseases occurring are of diffuse nature. In these cases the histological findings are of greater value and more informative than the macroscopic findings.

Résumé: Les auteurs expriment qu'ils ne peuvent pas partager les hésitations de *H. Gros* à l'égard de la ponction à blanc du foie. En raison de leur expérience pratique, ils insistent sur le fait que, lors d'une parfaite technique, la ponction à blanc du foie n'est pas plus dangereuse que la laparoscopie, tout en étant techniquement plus simple et ménageant davantage le malade. Ses résultats diagnostiques sont moindres que ceux de la laparoscopie, toutefois suffisants, voire optima, chez plus de 90% des hépatiques, étant donné que la plupart des hépatopathies sont de nature diffuse; mais dans ces cas, le status histologique est généralement plus important et plus instructif que le status macroscopique.

Die Bedenken, die *Gros* gegen die Blindpunktion der Leber in der von uns angewendeten Technik anmeldet, beruhen wohl mehr auf theoretischen Überlegungen als auf praktischen Erfahrungen.

Im einzelnen ist *Gros* gegen die Blindpunktion, da sie 1. zu gefährlich sei, 2. den Patienten mehr als die Laparoskopie beeinträchtige und 3. diagnostisch nicht befriedige.

Ad 1: Ob eine Methode gefährlicher ist als eine andere, läßt sich wohl kaum anders als statistisch beweisen. Das vorliegende Zahlenmaterial bezüglich Laparoskopie und Blindpunktion haben wir in unserer Arbeit eingehend besprochen. Auch wurde ausdrücklich auf die Gefahren der Blindpunktion hingewiesen, so daß man doch nicht von einem „Bagatellisieren" sprechen kann. In gleicher Weise wurden auch die möglichen Komplikationen bei der Laparoskopie erwähnt, wie sie erst kürzlich auch *Wildhirt* nochmals dargestellt und *Kalk* schon früher ausdrücklich hervorgehoben hat. Insgesamt liegen nach der Literatur und unseren eigenen Erfahrungen — auch laparoskopischen — die Gefahrenquellen zwar auf verschiedenen Gebieten, sind aber bei der Blindpunktion nicht größer als bei der Laparoskopie. Wenn immer wieder darauf hingewiesen wird, daß durch Verbesserung der Technik das Risiko der Laparoskopie wesentlich herabgesetzt wurde, so konnten wir zeigen, daß dies jetzt ebenso für die Blindpunktion gilt. Wegen der Kritik an technischen Details sei auf die demnächst erscheinende Arbeit von *Weller* verwiesen.

Ad 2: Wenn man einem Kranken den Bauch mit Luft aufbläst, dann mit einem Instrument zwischen den beiden Blättern des Peritoneums hantiert und schließlich noch die Leber von außen punktiert, so kann das doch nicht weniger belästigend sein als wenn nur einfach die Leber punktiert wird. Eine Diskussion darüber scheint uns wenig sinnvoll. Daß sich die Mainzer Patienten ohne Schwierigkeiten mehrmals hintereinander laparoskopieren lassen, ist sehr erfreulich. Wir sind leider nicht in der gleichen glücklichen Lage. Man kann aber bestimmt nicht sagen, dies liege an mangelndem technischem Geschick ausgerechnet der *Beckmann*schen Klinik!

Ad 3: Es war uns in den letzten Jahren möglich, allein durch die Blindpunktion über 90% der Lebererkrankungen unseres großen Krankenmaterials diagnostisch völlig aufzuklären. Es ist uns nicht

ganz verständlich, warum die wenigen ungeklärten Fälle solch eine Entrüstung hervorrufen, zumal sie ja durch eine Laparoskopie noch weiter aufgehellt werden können. Logischerweise müßte man dann auch die intravenöse Pyelographie oder gar die Subokzipitalpunktion ablehnen. Aber gerade die *Kalk*sche Schule erkennt neuerdings, besonders unter dem Eindruck der Untersuchungen von *Brandenburg*, an, daß lediglich die histologische Untersuchung eines Leberpunktatzylinders auch ohne makroskopische Beurteilung des Organs eine ausreichende diagnostische Klärung der diffusen Lebererkrankungen ermöglicht — und die meisten Leberaffektionen in der Klinik sind ja diffuser Natur. Wir zitieren hierzu *Wildhirt* (1957): „Überhaupt wird der Leberpunktion ja immer wieder der Vorwurf gemacht, daß der histologische Aufbau in einem so kleinen Leberstückchen nicht auf die gesamte Leber schließen ließe und daß daher ihr Wert gering sei. Daß dies für die diffusen Leberkrankheiten nicht der Fall ist, hat jetzt wieder *Brandenburg* nachweisen können." *Brandenburg* zeigte nämlich, daß bei den diffusen Lebererkrankungen eine fast 100%ige Übereinstimmung zwischen dem Blindpunktionsergebnis und dem Obduktionsbefund besteht. Wir können dies bei unseren autoptisch nachgeprüften Fällen bestätigen.

Im übrigen kam es uns in unserer Arbeit gar nicht darauf an, die Bedeutung der Laparoskopie zu schmälern. Wir wollten lediglich zeigen, daß es jetzt mit der Blindpunktion auch am kleinsten Krankenhaus und ohne größeres Risiko für den Kranken möglich ist, eine meist optimale, nämlich durch Histologie bereicherte Leberdiagnostik zu betreiben. Wir dürfen dabei nochmals auf die technisch einfache Durchführung der Blindpunktion gegenüber dem relativ großen Aufwand an Personal und Zeit bei der Laparoskopie hinweisen. Es ist einfach nicht möglich, daß jedes kleinere Krankenhaus einen Arzt besitzt, der die Technik der Laparoskopie beherrscht und daneben auch noch die Leber einwandfrei makroskopisch beurteilen kann, zumal ihm an diesen Häusern durch eine nur kleine Zahl an Untersuchungen die laufende Übung fehlt. Bei solchen Laparoskopien muß dann letztlich doch der histologische Befund entscheiden, wie wir es häufig auch bei sehr geübten Untersuchern erlebt haben. *Gros* schreibt selber an anderer Stelle, daß „sich doch gelegentlich Diskrepanzen zwischen dem laparoskopischen und histologischen Befund ergeben. Vor allem ist die Frage, ob bereits ein zirrhotischer Umbau vorliegt, oft nur histologisch zu beantworten". Dies alles mag dazu beigetragen haben, daß in den doch sicher fortschrittlichen USA vorwiegend die Blindpunktion der Leber unter der Bezeichnung Nadelbiopsie geübt wird, und hat uns dazu geführt, Laparoskopiezentralen zu empfehlen, um für letztere Methode eine auch in wissenschaftlicher Beziehung optimale Ausbeute, z. B. mit Farbphotographie usw. zu gewährleisten.

Schrifttum: Gros, H.: Remedia Casella Curta (1957), H. 4. — Wildhirt, E.: Med. Klin. (1957), S. 1275.

Anschr. d. Verff.: Dr. med. E. Weller und Dr. med. M. Lepp, Ludwigsburg, Kreiskrankenhaus, Inn. Abteilung.

DK 616.36 - 072.5

Bemerkungen zu gewissen medizinischen Berichten in der Tagespresse:

Zum Thema der Sensationsartikel, insbes. in Illustrierten, gehen bei der Schriftleitung immer wieder Zuschriften aus dem Leserkreis ein. — Eine besonders blutrünstige Reportage in der „REVUE" (Nr. 37, S. 54/55; vom 14. Sept. 1957), in der eine Photographin ihre eigene Hysterektomie darstellte, ist aber hier wohl ein Höhepunkt der modernen Moritaten-Publizistik.

Wir bringen nachstehend zwei hierzu erbetene Stellungnahmen von berufener Seite:

„Eine Frau fotografierte ihre eigene Operation"

von F. NIEDERMAYER

Entsprechend der Aufforderung der Schriftleitung nehme ich zu den sich immer mehr häufenden Bildberichten über operative Eingriffe in illustrierten Zeitschriften Stellung:

Ich befinde mich nach 45jähriger chirurgischer und gynäkologischer Tätigkeit im Ruhestand und verbinde daher mit meinen Bemerkungen keinerlei persönliche Interessen.

Während meiner Assistentenzeit in verschiedenen Krankenhäusern und großen Kliniken, u. a. bei *Ludwig Rehn* in Frankfurt und *Sauerbruch* in München, wurden auch häufig von schwierigen Operationen Aufnahmen gemacht; es galt aber als ein ungeschriebenes Gesetz, daß solche Aufnahmen nur zu Lehrzwecken in der Klinik bzw. bei Vorträgen auf Fachkongressen oder in medizinischen Zeitschriften Verwendung fanden. Auf dem Deutschen Chirurgentag wurde vom Vorsitzenden wiederholt gerügt, daß Vortragende in der Form von Privatinterviews Artikel veröffentlichen. Die Informierung der Tagespresse erfolgte durch die Kongreßleitung in sachlicher und objektiver Weise.

Seit Einführung der Allgemeinnarkose, der Lokal-, Leitungs- und Rückenmarksanästhesie und anderer Betäubungsverfahren hat die Chirurgie im Laufe des letzten Jahrhunderts gewaltige Fortschritte erzielt. Es gibt kaum mehr eine Operation, die nicht mit den neuartigen Betäubungsverfahren und der modernen Technik von allen guten und gewissenhaften Operateuren der ganzen Welt erfolgreich ausgeführt wird.

Die Eingriffe sind aber oft nicht so gefährlich oder auch so harmlos, wie sie in den Bildberichten der Illustrierten dargestellt werden.

Nicht jeder Kranke eignet sich für die lokale Schmerzausschaltung bei erhaltenem Bewußtsein. Es können auch bei verhältnismäßig einfachen Eingriffen Komplikationen eintreten, die dem Operateur unerwartete Schwierigkeiten bereiten und dadurch bei dem örtlich betäubten Kranken einen psychischen Schock auslösen, der oft lange Zeit ungünstig nachwirkt.

Wenn nun gar eine Kranke die Erlaubnis erhält, den an ihr vorgenommenen Eingriff selbst zu fotografieren und diese Aufnahmen in einer Illustrierten zu veröffentlichen, so widerspricht dies nach meiner Ansicht jedem Begriff von ärztlicher Ethik und würde von unseren alten Meistern der Chirurgie als Geschmacklosigkeit, Reklamesucht und Irreführung der öffentlichen Meinung bezeichnet worden sein.

Der kürzlich in der Revue gebrachte Fall einer Gebärmutteroperation wegen Krebs widerspricht sowohl der exakten Diagnostik als auch der operativen Technik. Gerade das Karzinom des Uterus ist vorher durch die mikroskopische Untersuchung einer Probeausschabung fast immer zu klären. Bei festgestelltem Krebs dieses Organs muß die ganze Gebärmutter mit den Eileitern und Eierstöcken samt allen regionalen Lymphdrüsen total entfernt werden, da sonst die Gefahr eines Rezidivs besteht. Dieser Eingriff ist aber derartig groß und dauert auch viel länger als der geschilderte, so daß man ihn besser in Allgemeinnarkose vorgenommen hätte, zumal ja die Kranke schon bei dem kurzen und harmlosen Eingriff einen Kreislaufkollaps bekam.

Nach den Bildern handelt es sich um eine verhältnismäßig kleine Geschwulst, die man zweckmäßig nicht durch eine große Laparotomie, sondern v a g i n a l entfernt hätte. Allerdings hätte die Kranke dann nicht fotografieren können. Es handelt sich somit um eine Fehldiagnose, weil ja sonst der große Eingriff hätte vorgenommen werden müssen.

Nach den Operationsbildern wurde aber der Uterus nur im oberen Teil und ohne Adnexe entfernt. War es aber dennoch ein Karzinom, so kann man das Vorgehen nur als stümperhaft und ungenügend bezeichnen und als eine geschmacklose Reklame.

Die Schlußfrage des Artikels: „Sollte das Beispiel M. B. in anderen Ländern Schule machen?" kann man nur dahin beantworten: „Hoffentlich nie wieder!"

Anschr. d. Verf.: Dr. med. F. Niedermayer, Freilassing (Obb.), Reichenhaller Straße 47.

DK 174.2 : 179.1

„Eine Frau fotografierte ihre eigene Operation“

von V. DENEKE

Die konkrete Frage, was man gegen die Veröffentlichung derartiger aus den USA stammender Reportagen in deutschen Wochenillustrierten wirksam unternehmen könne, muß m. E. leider mit „Zur Zeit so gut wie nichts“ beantwortet werden.

Ein Verstoß gegen das geltende Presserecht dürfte nicht nachweisbar sein. Die Erfahrung hat ferner gezeigt, daß Appelle an die journalistische und verlegerische Verantwortung nur dort gehört werden, wo ethische Verantwortung ohnehin gelebt wird und die Aufmerksamkeit nur geschärft zu werden braucht. In anderen Fällen haben diese Appelle — je eindringlicher sie waren — eher zu einer Versteifung der „Fronten“ geführt; denn bisher sind solche Reportagen von der Masse der Illustriertenkäufer verschlungen oder mindestens „geschluckt“ und den Verlegern also bezahlt worden.

Die Mitverantwortung von Medizinern ist für viele solcher Reportagen bedauerliche Tatsache, auf die — auch wenn es sich um deutsche Mediziner handelt — die ärztlichen Organisationen oft nur „moralisch“ einwirken können; die gesetzliche Zuständigkeit der Kammern umschließt vielfach nur die den ärztlichen Beruf ausübenden Mediziner. Wenn man auch nicht müde werden darf, bei Journalisten und Ärzten für strengere Beachtung der berufsethischen Grundsätze zu werben, so dürfte die bedauerliche Tatsache nie ganz aus der Welt zu schaffen sein, daß es immer „Journalisten“ und Verleger geben wird, die der verantwortungsbewußte Publizist nicht als „Kollege“ tituliert — wie es leider wohl auch immer publizierende Mediziner geben wird, auf die der Begriff „Arzt“ im Sinne ärztlicher Berufung und Haltung nicht paßt.

Anschr. d. Verf.: J. F. Volrad Deneke, Köln-Braunsfeld, Schinkelstr. 10.

DK 174.2 : 179.1

Eine Glosse zu der oben erwähnten REVUE-Reportage ging uns ebenfalls zu und soll zum Jahresabschluß unseren Lesern nicht vorenthalten werden:

Der Geist der Medizin ... oder Faustdickes

von H. RECH

Als Frau Stellbringk pünktlich zehn Uhr morgens nach vollendeter Spinalanästhesie vom Vorbereitungszimmer in den Operationssaal gefahren wurde, kläffte sie laut:

„Wau — wau!“

Den entgeisterten Gesichtern der von ihren Waschbecken aufschreckenden Chirurgen hielt sie strahlend eine Kamera entgegen und widmete der Szene einige Meter Buntfilm.

Dazu tönte es von ihren scharlachroten Lippen hinreißend:

„Guten Morgen, Herr Chefarzt — lassen Sie sich bitte nicht stören!“

Es sollte die Appendektomie bei ihr vorgenommen werden, und Frau Stellbringk blätterte, schon auf dem Operationstisch liegend, eifrig in ihrer kleinen „Operationslehre für gebildete Laien“, herausgegeben von Studienrat Eppenhol.

„Wölfi, bist Du so weit?“,

zwitscherte sie zwischendurch in den Raum, und meinte damit ihren halbwüchsigen Sohn, der in einer Ecke des Saales ein Tonbandgerät aufgestellt hatte und nun versuchte, das Mikrophon an der Ultraphoslampe zu befestigen.

Dann kamen die Chirurgen.

Frau Stellbringk verfolgte interessiert die Zeremonie der Hautdesinfektion und das Abdecken, was ihr durch einen Kippspiegel ohne Mühe gelang. Das Anlegen der Tuchklemmen kommentierte sie genüßlich:

„Phantastisch, Professor, ich bin da unten richtig abgestorben! Also, von mir aus fangen Sie ruhig an, ich habe volles Vertrauen!“

Während des Hautschnittes las sie in ihrem Buch, und wollte erst beim Auseinanderdrängen der Muskulatur wissen, ob denn die Milz solche Gewaltanwendung auch vertrage ...

Der Blick des Chirurgen irritierte sogar Frau Stellbringk.

„Ach Gott, entschuldigen Sie, ich lese auf der verkehrten Seite! Lächerlich, die Milz liegt doch bei der totalen Magenresektion, nicht wahr?“

Als der Operateur den Assistenten beschimpfte, weil dieser beim Anheben des Peritoneums dauernd Darm mitfaßte, jauchzte sie:

„Es ist bei mir ganz schwierig, nicht?“

Und ließ ihre Kamera surren.

„Nein! — Nein!“,

schrie der Chefarzt, und zu seiner Schande sei vermerkt, daß er ins Zittern kam.

Die Patientin sah ihn vorwurfsvoll an:

„Ich wollte Sie ja nicht stören, aber Sie sind auch gleich so nervös!

Eben haben Sie schon mit dem jungen Doktor hier geschimpft, und den finde ich soo nett ...“

Dabei kam sie mit ihrer Hand unter dem Tuch hervor und strich dem Assistenten beruhigend über die Finger.

Sie war erschrocken, als der mit einem kaum unterdrückten Fluch vom Tisch zurücktrat, wobei ein Rouxhaken klirrend auf dem Boden landete, und neue Handschuhe verlangte.

Jedoch faßte sie sich schnell.

„Wölfi, hast Du auch das Klirren richtig geschnitten?

Das wird ja ein ganzer Tonfilm, viel schöner als der von der Bruchoperation bei Onkel Ernst!“

Aber Wölfi lag im Nebenraum auf einer Pritsche und sog verzweifelt an Eisstückchen, ohne indes seine Blässe zu verlieren.

Schnell ging die Operation vor sich.

Die Präparation der Appendix verfolgte Frau Stellbringk stumm und filmte unentwegt dabei. Als anschließend etwas Dünndarm hervorgezogen wurde, wehrte sie ab:

„Nein, nein, da brauchen Sie nicht zu suchen, da habe ich nichts, Herr Professor!

Ich bin ja vorgestern noch geröntgt worden und habe die Bilder zu Hause!“

Sie blätterte ein wenig und legte dann ihr Buch vor sich auf den Bauch.

„Es ist alles genauso wie hier ...“

Der Operateur sah leider die vortreffliche Röntgenskizze nicht, denn — wahrhaftig — ihm kamen die Tränen.

Die Patientin war unerbittlich.

„Zeigen Sie mir doch mal die Nieren! Ich habe immer so Rückenschmerzen, nämlich."

Sie gab keine Ruhe, ehe man ihr nicht wenigstens das große Netz vorgewiesen und gesagt hatte, dies sei der Herzbeutel.

Natürlich fing es gleich an zu bluten, und die Stimmung der Operateure war kritisch.

Aber schließlich kam alles zu einem guten Ende.

Bevor Frau Stellbringk herausgefahren wurde, ließ sie sich noch von einer Schwester, zufrieden lächelnd, en face aufnehmen und sprach dabei beschwörend in das Mikrophon:

„Also bitte, Tante Frieda, Du kannst Dich ruhig operieren lassen!"

Sie bemerkte die fragenden Blicke ihrer Umgebung und setzte erklärend hinzu:

„Sie soll einen gutartigen Tumult im Bauch haben, sagt ihr Arzt."

P. S.

Dies ist natürlich alles frei erfunden und gelogen.

So etwas gibt es ja gar nicht, wo kämen wir hin, nicht wahr! Oder — sind wir da schon??

Nennen wir es einen Traum, der den Assistenten quälte, nachdem er in einer deutschen Illustrierten eine Bildserie gesehen hatte. Die amerikanische Reporterin Mary Soundso hatte die bei ihr durchgeführte supravaginale Uterusexstirpation selbst aufgenommen.

NB.

Etwaige Ähnlichkeiten sind rein zufällig.

Horribile dictu.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. Rech, Krefeld, Kaarst, Lange Hecke 11a.

DK 174.2 : 179.1

FRAGEKASTEN

Frage 183: Wissenschaftliche Grundlagen und Methodik des Hauttestes auf Toxoplasmose; Bewertung der Ergebnisse, besonders im Vergleich mit den während der Gravidität ermittelten *Sabin-Feldman*-Titern.

Antwort: Der **Toxoplasmintest** nach *Frenkel* (Proc. Soc. Exper. Biol. Med. 68 (1948), S. 634) stellt, ähnlich der *Mendel-Mantoux*schen Tuberkulinprobe, eine durch Zufuhr von Toxoplasmaantigen ausgelöste allergische Reaktion der Haut dar. Das Antigen wird durch Kultur von Toxoplasmen in der Peritonealhöhle der Maus bzw. auf der Chorioallantois des bebrüteten Hühnereies gewonnen. Da die Toxoplasmen intrazellulär wachsen, macht die Herstellung eines zellfreien Antigens ziemliche Schwierigkeiten. Im Bundesgebiet ist das Antigen z. Z. nicht in größerem Umfang erhältlich.

Man injiziert 0,1 ccm des Antigens bis zur Ausbildung einer Quaddel intrakutan, am besten in die Beugeseite des Unterarmes. Mit einer Kontrollflüssigkeit, die aus Mäusemilzextrakt bereitet ist, setzt man distal von der 1. Injektionsstelle eine zweite Quaddel. Der Höhepunkt der Reaktion wird gelegentlich nach 36 Stunden erreicht. Die Ablesung erfolgt nach 48 Stunden. In Ausnahmefällen kann die Probe noch nach 72 Stunden positiv ausfallen. Der Test ist als positiv zu werten, wenn eine gerötete Infiltration von etwa 15 mm Durchmesser zu tasten ist. Rötungen an der Kontrollstelle kommen dann und wann vor. Sie dürften unspezifischer Natur sein.

Je nach der Qualität des verwendeten Antigens schwanken die Angaben über den Erfolg der Testung. Zwischen dem Toxoplasmin- und dem *Sabin-Feldman*-Test wurde eine Übereinstimmung von 82,1—98,5% sowohl in den positiven als auch in den negativen Ausfällen berichtet. Fällt bei Routineuntersuchungen der Toxoplasmintest negativ aus, so kann auf die Durchführung des *Sabin-Feldman*-Testes verzichtet werden. Im umgekehrten Falle ist es ohnehin empfehlenswert, auch nach serologisch nachweisbaren Antikörpern gegen Toxoplasmose zu fahnden. Über die Ergebnisse einer Doppeltestung unterrichtet eine Arbeit von *Gottlieb* (Svenska Läkartidn. 48 (1951), S. 1272) bei 304 toxoplasminpositiven Schwangeren: 201 davon hatten einen *Sabin-Feldman*-Titer von 1 : 10, 92 von 1 : 50 und 11 einen Titer von 1 : 250 oder darüber.

Dr. med. *W. Ehrengut*, München 9, Am Neudeck 1.

Frage 184: Kann ein Arzt, der sein Staatsexamen nach dem Kriege in Posen abgelegt hat, in der westdeutschen Bundesrepublik seine Praxis ausüben? Sind zusätzliche Examina notwendig? Wie steht es mit der Anerkennung der Facharztausbildung?

Antwort: Das **Recht zur Ausübung seines Berufes in Deutschland** erhält der Arzt durch seine Bestallung. Ein Arzt, der eine deutsche Bestallung nicht besitzt — und das trifft im vorliegenden Falle zu — kann gemäß § 11 der Reichsärzteordnung die Erlaubnis erhalten, den ärztlichen Beruf in Deutschland auszuüben, wenn er nachweist, daß er eine abgeschlossene Ausbildung für den ärztlichen Beruf besitzt. Die Erlaubnis ist widerruflich, sie wird im allgemeinen befristet erteilt. Zuständig für die Erteilung dieser Erlaubnis ist die oberste Gesundheitsbehörde des Bundeslandes, in dem der betreffende Arzt seine Tätigkeit ausüben will.

Die Facharztordnungen geben die Möglichkeit, im Ausland abgeleistete fachliche Weiterbildung anzurechnen, wenn diese der deutschen gleichwertig war. In welchem Umfang das geschehen kann, entscheiden die zuständigen Facharztanerkennungsausschüsse nach individueller Überprüfung des Ausbildungsganges.

Dr. med. *W. Röken*, Bundesärztekammer, Köln.

Frage 185: Ist zur Behandlung von Enkopresis bei einem 15j. Jungen eine Schockbehandlung erfolgversprechend?

Pat. war Frühgeburt mit 3 Pfd. Gewicht. Die Mutter hatte eine hochgradige Schwangerschaftsanämie. Mit etwa 3 Jahren hatte Pat. eine sehr schwere doppelseitige Pneumonie und Otitis media, unter Beteiligung der weichen Hirnhäute. Außerdem an früheren Erkrankungen: Masern, Windpocken, mehrfache grippöse Erkrankungen. Pat. ist außerordentlich mager, 160/36 kg, 15 Jahre.

Ausgesprochen infantil (Bild des hypothalamischen Infantilismus). Es besteht Kryptorchismus. Pat. ist in seinem ganzen Wesen völlig passiv und melancholisch. Nahrungsaufnahme sehr reichlich, oft ausgesprochen gierig.

Antwort: Zur Behandlung einer **Enkopresis** dürfte im allgemeinen eine Schockbehandlung nicht indiziert und erfolgversprechend sein. — Wie in den meisten Fällen, so dürfte auch bei der vorliegenden Beobachtung die Enkopresis psychisch bedingt sein. Indessen sind natürlich Anomalien des Enddarmes sorgfältig auszuschließen.

Prof. Dr. *J. Ströder*, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Würzburg.

Zu Frage 161, Nr. 46: Ad 1: Da die Kranke auch unter einer ständigen Einnahme von 2mal täglich 30 Tropfen AT 10 „Anfälle" hat, scheidet die Möglichkeit einer parathyreogenen **Tetanie** diagnostisch aus, da eine solche an eine Hypokalzämie gebunden ist, die unter einer derartigen Medikation nicht mehr bestehen kann. Trotzdem wäre es empfehlenswert, den Blutkalkgehalt entsprechend zu untersuchen.

Nach der geschilderten Situation kommen m. E. folgende Möglichkeiten in Betracht: a) Es liegt eine (normokalzämische) idiopathische Tetanie vor, die mit der vorausgegangenen Schilddrüsenoperation nur insoweit in Beziehung steht, daß sie hiedurch (unspezifisch) ausgelöst, jedoch nicht verursacht wurde. b) Es handelt sich um psychogene Krampfanfälle, die einer Tetanie mehr oder weniger gleichen. Die letztgenannte Möglichkeit wäre durch folgende Untersuchung zu stützen oder auszuschließen: Psychogene Anfälle verschwinden unter einer kurzdauernden Chloräthylnarkose, echte tetanische Manifestationen bleiben auch in Narkose unverändert bestehen.

Ad 2: Das Kriterium einer chronischen Nebenschilddrüseninsuffizienz ist der Nachweis der für sie charakteristischen Mineralstoffwechselveränderung und ihrer Folgen: Hypokalzämie, Hyperphosphatämie, Hypokalkurie, Verlängerung der QT-Dauer im EKG. Im gegebenen Falle wäre ein solcher Nachweis jedoch nur möglich, wenn die Kranke längere Zeit ohne jede blutkalksteigernde Medikation bleibt.

Ad 3: Da aus den unter 1) genannten Gründen eine parathyreogene Tetanie ausscheidet, wäre im Falle einer idiopathischen Tetanie am ehesten 3mal täglich 1 Tablette Cirpon oder Miltaun zu empfehlen. Bei psychogenen Anfällen kommt nur eine Psychotherapie in Betracht. Die jetzt laufende Therapie erscheint mir auf jeden Fall überflüssig und ärztlich kaum vertretbar.

Ad 4: Ein Haftpflichtverfahren gegen den Operateur hat im vorliegenden Falle keinerlei Aussicht auf Erfolg.

Doz. Dr. med. *H. Jesserer*, Wien, I. Med. Univ.-Klinik.

REFERATE

Kritische Sammelreferate

Aus dem Städtischen Chirurgischen Krankenhaus München-Nord (Chefarzt: Prof. Dr. med. *H. v. Seemen*)

Unfall- und Versicherungsmedizin

von M. A. SCHMID

I. Begutachtungsfragen

Die **Begutachtung der Leukämie und der Lymphogranulomatose** wird von Begemann abgehandelt. Hinsichtlich der traumatischen Entstehung der ersteren kommen zwei Gruppen in Frage: 1. sehr selten Traumen mit direkter Milz- bzw. Knochenverletzung, und zwar nur bei unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang zwischen Unfall und Auftreten der Leukämie; dabei müsse aber das Bestehen der Blutkrankheit schon vor dem Trauma ausgeschlossen werden. 2. Chronisch-entzündliche Reize: B. fand die Leukämie beispielsweise im eigenen Tuberkulosekrankengut nicht nur zahlenmäßig gehäuft, sie ging auch mit einer wesentlichen Verkürzung der Überlebensdauer einher. U. U. spielten die häufigen Röntgenuntersuchungen dieser Patienten mit eine Rolle. Auch bei der Lymphogranulomatose komme besonders langdauernden und schweren Infekten verschiedenster Art eine große Bedeutung zu. Der ursächliche Zusammenhang sei dann bewiesen, wenn der Erstherd an einer Stelle auftritt, an der er erfahrungsgemäß primär nur selten beobachtet wird; z. B. in der Leistenbeuge im Anschluß an Beinverletzungen. Zur Auslösung genüge eine beliebige Antigenzufuhr (Impfstoffe!), vielleicht sogar körpereigene Zerfallsstoffe. Die Unmöglichkeit einer sachgemäßen Behandlung des Leidens im Wehrdienst oder in Kriegsgefangenschaft könne als richtunggebende Verschlimmerung anerkannt werden. Doch dürften bis 1947 nur die Ergebnisse der Strahlenbehandlung als Vergleich herangezogen werden und erst nach 1947 die der kombinierten Röntgen- und Chemotherapie mit Stickstofflost.

Nach Pantlen ist eine anhaltende **hypertone Kreislaufregulationsstörung** als Folge einer **Dystrophie** sehr umstritten. Er erkennt sie dann als WDB an, wenn auch noch Fehlregulationen anderer Funktionssysteme (Stoffwechsel, Wasserhaushalt, Schweißabsonderung u. a.) ununterbrochen bis in den frischen postdystrophischen Zustand hineinreichen und wenn eine schwere und anhaltende Dystrophie nachgewiesen ist. Besteht ein Hochdruck bereits vor der Gefangenschaft und kommt es in ihr oder im postdystrophischen Stadium zu Komplikationen wie Apoplexie oder Herzinfarkt, so seien diese im Sinne der richtunggebenden Verschlimmerung anzuerkennen.

Leube hält es für sehr wichtig, bei **Schädelverletzten** möglichst frühzeitig ein **EEG** anzufertigen, weil im Hirnstrombild oft schon nach einigen Wochen, zumindest aber nach einigen Monaten keine eindeutigen Veränderungen mehr nachzuweisen seien. Er nimmt die Untersuchung bei schweren Unfällen nach 8—14 Tagen, bei leichten bereits nach 2—5 Tagen vor.

Nach Töppich und Kneidel hat ein **Herzinfarkt** stets ein vorgeschädigtes Koronargefäßsystem zur Voraussetzung. Eine körperliche Überanstrengung könne nur die Bedeutung einer Teilursache erlangen. Bei einer eigenen Beobachtung wurde der Zusammenhang im Sinne der richtunggebenden Verschlimmerung angenommen, weil zur schweren körperlichen Leistung noch eine erhebliche seelische Belastung kam, die eine weit größere Rolle spiele (Rettung des eigenen Kindes vom Tode des Ertrinkens). Hinweise zur EKG-Diagnostik ergänzen die Arbeit.

Die sehr seltene **traumatische Darmstenose** als Spätfolge einer **stumpfen Bauchverletzung** wird von Schega beschrieben. Sie stellt den narbigen Ausheilungszustand einer ischämischen Wandschädigung durch den Abriß des Darmrohres vom Mesenterium dar. Dabei dürfe die Gefäßverletzung nicht so erheblich sein, daß sie zu einer vollständigen Wandgangrän führt, sondern lediglich so stark, daß Ernährungsstörungen der inneren Wandschichten, insbesondere der Schleimhaut, auftreten. Der klinische Verlauf zeigt 3 Stadien: Den anfänglichen Schock, dann einen erscheinungsfreien Zwischenraum von Wochen oder Monaten und schließlich einen chronischen Subileuszustand.

Sperling betont auf Grund eigener Erfahrung, daß auch bei Vorliegen eines typischen Traumas in der Vorgeschichte **Spangenbildungen** zwischen den Querfortsätzen der **LWS** meist eine angeborene Fehlbildung darstellten, entweder einen sogenannten Proc. styloides oder eine hohe Sakralisation. Eine unfallbedingte Myositis ossificans o. ä. könne gutachterlich nur durch autoptische Befunde bzw. histologische Serienschnitte bewiesen werden.

II. Allgemein-chirurgische Fragen

Eine weitere Mitteilung über **„Wundheilung und Verbandstoffproblem"** (s. Ref. ds. Wschr. [1957], Nr. 33!) gibt Gelinsky. Er hält den trockenen Verband bei jeder frischen Wunde bis zur Blutstillung nach 6—24 Stunden für notwendig und zweckmäßig. Nachher schädige er; die Heilung werde dann gefördert durch die ständige Sekretableitung bei erhaltenem „Wundsee" in Form der Dauerberieselung, des Badens und des angefeuchteten Saugverbandes. Der letztere dürfe nicht naß, sondern nur feucht sein und werde durch Aufgießen der Flüssigkeit (Leitungswasser, Kamille- oder Wasserstofflösungen) ohne Verbandwechsel feucht gehalten. Durch die Verdunstung werde ein Sog wirksam, der den nachfolgenden Sekreten den Weg bahne. Durch Zusatz von Alkohol oder Glyzerin z. B. könne die Saugstärke geregelt werden. — Von besonderem Vorteil sei die Verbindung angefeuchteter — Salbenverband, den vor allem die Curotectwunddecke ohne jeden Nachteil anzulegen erlaube. Er stelle eine feuchte Kammer (Salbe) mit Abzug (Sog durch Verdunstung) dar. Beim Verbandwechsel werden nur die Saugauflagen gewechselt, die Wunddecke wird belassen, da jede Änderung eine Wundstörung mit sich bringe. Die geschilderte mechanische Desinfektion der Wunde werde durch die chemisch-antibiotische nicht überflüssig; im Gegenteil, die letztere schädige die Kapillaren und hemme das Granulationswachstum, führe zu Superinfektionen und zur Züchtung resistenter Stämme. Gele seien nur anwendbar, wenn wirkliche Sekretabsonderungen nicht mehr vorhanden sind.

Huber empfiehlt auf Grund eigener Untersuchungen folgendes Vorgehen bei der **Tetanussimultanimpfung:** Zu einer ausreichenden Grundimmunisierung gelange man entweder a) durch Simultanimpfung mit 3maliger Verabreichung von 0,5 ccm Adsorbatimpfstoff, erstmals gleichzeitig mit dem Serum, aber örtlich getrennt, dann nach 18 Tagen und 8—12 Wochen, oder b) durch 2malige Verabreichung des erwähnten Impfstoffs im Abstand von 4 Wochen, beginnend einen Monat nach erfolgter Serumgabe.

Ausführliche **„tierexperimentelle Untersuchungen zur Kallusbildung** unter hormonalen Einflüssen mit Berücksichtigung des Verhaltens von Grundsubstanz und Phosphatase" veröffentlicht Crone-Münzebrock. Der knappe, zur Verfügung stehende Raum erlaubt es nicht, näher auf die Arbeit einzugehen, doch sei das Studium des Originals empfohlen.

Von Interesse und Wichtigkeit sind die Versuchsergebnisse Heinemanns zum gleichen Thema. Ausgehend von der Überlegung, daß die Anwesenheit von Kalksalzen und die Erhöhung des örtlichen Kalkspiegels im Gewebe eine notwendige Voraussetzung der Knochenneubildung sei, hat er Kaninchen verschiedene Kalkgemische in ein knochenfernes Weichteillager (Bauchmuskulatur neben der Rektusscheide) implantiert, und zwar nach vorheriger Reizung und Aktivierung des Mesenchyms in Form einer Alkoholinjektion. Nach 12 Wochen erfolgte die Entfernung und

Untersuchung der Implantate. Es fand sich in keinem Fall (!) Knorpel oder Knochen, sondern lediglich Binde- und Granulationsgewebe. Dasselbe Ergebnis brachte die Injektion alkoholischen Knochenextrakts oder von Urin, mit dem der *Levander*sche spezifische osteogenetische Stoff angeblich ausgeschieden werden soll. Bei Verpflanzung autoplastischen Knochens dagegen wurde stets eine deutliche Knochenneubildung nachgewiesen, bei periostgedeckten Spänen stärker als ohne Knochenhaut. Den Unterschied zu den Befunden von *Levander, Annersten, Oberdalhoff u. a.* erklärt Heinemann damit, daß diese ihre Injektion in die Oberschenkelmuskulatur, also zu knochennahe, vornahmen, daß das fortwährende Muskelspiel am Bein im Sinne einer Dauertraumatisierung Verkalkungs- und Verknöcherungsvorgänge begünstige und daß die erwähnten Autoren ihre Präparate bereits nach 2—4 Wochen entnahmen, während das zu diesem Zeitpunkt u. U. gebildete osteoide Gewebe später wieder resorbiert wird. Die Knochenbildungsfähigkeit des *Lexer*schen autoplastischen, periostgedeckten Spans durch metaplastische Induktion des Mesenchyms zu ersetzen, ist also bisher nicht gelungen, was Heinemann einmal mehr bewiesen hat.

Für die **Korrektur jugendlicher Wachstumsstörungen** insbesondere **nach Epiphysenlösungen und -frakturen** stehen nach Titze zur Verfügung: Die Verlängerungsosteotomie, die Verkürzungsosteotomie am Ende des Wachstums und die Epiphyseodese. Vor allem für die letztere spricht sich T. aus. Er erzielt sie mit Hilfe von Metallklammern, die er hauptsächlich an der unteren Oberschenkel- und oberen Schienbeinepiphyse nach einer näher beschriebenen Technik anbringt. Die Anzeige sei auch bei kindlichen Amputationsstümpfen gegeben, da hier häufig der Knochen schneller wachse, als die Weichteile folgen könnten.

Smola gibt eine **Abgrenzung des Knorpelbruchs und der Osteochondritis dissecans.** Ersterer ist die Folge einer direkten oder indirekten Gewalteinwirkung auf ein gesundes Gelenk, also eine reine Unfallfolge, die letztgenannte stellt dagegen ein nichttraumatisches Leiden dar, das an einem konstitutionell schwachen Gelenk mit endogen bedingter Minderwertigkeit des Knorpels durch sogenannte mechanische Noxen oder spontan in Erscheinung tritt. Die Knorpelfrakturen unterteilt der Autor in Aus- und Absprengungen vom Knorpelrand (Ergebnis: Bildung freier Körper oder glatte Einheilung innerhalb von 2—3 Wochen) und in Kompressions- oder Impressionsbrüche mit einer Stufenbildung der Gelenkfläche als Hauptsymptom.

Gute Erfahrungen mit der **Prednisolonbehandlung** von 25 Kranken mit **Sudeck-Syndrom** hat Henne gemacht. Er verabreichte etwa 3 Tage lang 25 mg täglich, dann 2—4 Tage lang je 20 mg und „schlich" sich anschließend langsam „aus". Auffallend war dem Bericht nach die euphorisierende und schmerzstillende Wirkung und der Rückgang der Gewebsschwellungen. Im Atrophiestadium verschwand aber trotz der Besserung der Gelenkfunktion die feingefältelte Glanzhaut nicht. Auch die Skelettveränderungen und die Störung der Schweißsekretion „hinkten nach". Als Nachteil wird auf die derzeit noch hohen Kosten der Behandlung hingewiesen.

Niederecker und Weitnauer haben **Gelenkpunktate elektrophoretisch** untersucht. Sie fanden bei traumatischen Ergüssen fast stets ein dem normalen Serum entsprechendes Bild, bei Hinzutreten einer sekundären Synovitis oder bei einer Chondromalazie eine Vermehrung der β- und γ-Globuline, die bei unspezifischer, insbesondere herdinfektbedingter Entzündung und bei Polyarthritis eindrucksvoller war, und bei tuberkulösen Ergüssen γ-Globulinwerte über 25%.

Auf Grund des Studiums der Sektionsprotokolle von 131 Verkehrstoten und eigener Erfahrungen empfehlen Carstensen und Ewerwahn folgende **Erstversorgung von Straßenunfällen:** sofortige Bauchlagerung, Säuberung des Mundes und Herausziehen der Zunge; keine Kreislaufmittel beim Schock durch Schädelhirntrauma, sondern Zudecken der Verletzten auf der Trage und Sauerstoffzufuhr; die Intubation am Unfallort sei nur selten erforderlich; Schienung der Beinfrakturen zur Vermeidung einer Fettembolie; gelegentlich sei die Infusion von Blutersatzmitteln nötig; keine Prognosestellung am Unfallort; möglichst schneller Transport in das nächste Krankenhaus. Der Einsatz von Unfallärzten und Operationswägen am Unfallort sei entbehrlich.

III. Verletzungen im Bereich des Kopfes und Rumpfes

Auf den nur ganz vereinzelt beschriebenen **doppelseitigen Felsenbeinquerbruch** weist Pfisterer hin. Er nimmt wegen der schlechten Prognose quoad vitam und der ungewöhnlich schweren Dauerschädigung eine Sonderstellung ein. Für die Entstehung kommen 2 Frakturmechanismen in Frage: der indirekte Berstungsbruch mit Ansatz der Gewalt an Stirn oder Hinterkopf und die ringförmige Basalfraktur als direkter Biegungsbruch mit Angriff der Gewalt auf der Scheitelhöhe. Als Folge zeigt sich beiderseits eine völlige Taubheit und ein völliger Vestibularisausfall, u. U. eine Fazialislähmung und ein Hämatotympanon. Bei 8 von Pf. gesammelten Beobachtungen starben 6 innerhalb der ersten 7 Wochen; die Gefahr der eitrigen Meningitis droht bei Überlebenden auch noch nach vielen Jahren.

Für die **Operation der frontobasalen Schädelbrüche** gibt J. Böhler folgende Anzeigestellung: 1. grobe Verschiebungen mit Beteiligung der Stirnhöhle und Siebbeinzellen. 2. Nasale Liquorrhoe, die länger als einige Tage anhält. 3. Verdacht auf Nebenhöhleninfektion oder Auftreten meningitischer Zeichen. 4. Pneumenzephalus. Ziel des Eingriffs ist der sichere Verschluß des intrakraniellen Raums gegenüber den Nebenhöhlen; er wird im Stirnhöhlenbereich extradural mit Hilfe eines gestielten Galea-Periostlappens, dahint r aber besser intradural mit einem gestielten Transplantat aus der Falx cerebri vorgenommen.

Roer und Teichert fanden unter 75 sezierten **Frakturen der vorderen und mittleren Schädelgrube** in 18,7% eine **Luftembolie als Todesursache.** Es gelang ihnen, an der Leiche im Herz und in den herznahen großen Gefäßen röntgenologisch Luftmengen ab 30 ccm zu erfassen. Für die Klinik empfehlen die Autoren, bei Blutung aus dem Ohr trotz der Infektionsgefahr den äußeren Gehörgang hermetisch abzuschließen.

Im Tierversuch an der Katze konnten Quadbeck und Helmchen bei schwerer **Commotio cerebri,** nicht aber bei „Bagatelltraumen" eine **Schädigung der Blut-Hirn-Schranke** nachweisen. Sie nehmen eine solche auch für die Verhältnisse beim Menschen an und halten es für sinnvoll, zur Vermeidung eines Hirnödems die Blut-Hirn-Schranke mit Venostasin abzudichten und erst dann eine u. U. noch erforderliche Osmotherapie anzuschließen, aber nicht mit Glukose, sondern mit Fruktose oder Saccharose.

Nach den von Kaulbach und Gómez-Ferrer veröffentlichten Erfahrungen der Heidelberger Klinik ist die Prognose bei **Thoraxverletzten,** die **über 70 Jahre alt** sind, nicht schlechter als bei jüngeren, entsprechende Behandlung vorausgesetzt. Etwa die Hälfte von ihnen erleidet noch andere Unfallschäden. Im Vordergrund stehen die knöchernen Verletzungen. Unter den Komplikationen finden sich der Häufigkeit nach Hautemphysem, Bronchopneumonie, Pneumohämatothorax und Pleuraerguß. Die Sterblichkeit betrug 4,87%, ist also verhältnismäßig gering. Kurze Hinweise zur Behandlung (Frühaufstehen auch bei ausgedehnten Rippenreihenbrüche nach 3—4 Tagen!) ergänzen die Arbeit.

An Hand einer eigenen Beobachtung bespricht Knorr die **commotio cordis,** die bei Fehlen morphologischer Veränderungen unmittelbar in kürzester Zeit durch Funktionsstörungen (Kammerflimmern) zum Tode führen kann. Die Gewalt trifft fast ausnahmslos auf die Brustbeinfläche auf; ihre Wirkung ist besonders schwer bei elastischem Thorax und harter Unterlage. Bei der Sektion fällt regelmäßig eine akute Herzerweiterung auf, histologisch findet man u. U. Gefäßdilatationen und Hämorrhagien.

Die **Differentialdiagnose unfallbedingter Herzschäden** wird von Kaulbach abgehandelt. Auch er betont das Fehlen primärer Strukturveränderungen bei der commotio und ihr Vorhandensein bei der contusio cordis. Im übrigen könne auch z. B. ein schweres Schädeltrauma mit Beteiligung der vegetativen Zentren eine eindrucksvolle kardiale Beeinträchtigung mit sich bringen. Klinisch stehe bei der Herzerschütterung der anfängliche Kollaps, ein erhöhter Venendruck und eine vorübergehende Leitungsunterbrechung im Vordergrund, bei der Kontusion sei der Ablauf entgegengesetzt: die kardialen Symptome entwickelten sich hier erst allmählich. EKG, klinischer Befund, die Berücksichtigung des Unfallhergangs und das Fehlen von Herzbeschwerden erlaubten es, bei einem Verletzten mit einem Rippenreihenbruch einen „Herzfehler" als kleinen angeborenen Ventrikelseptumdefekt zu diagnostizieren.

Tegtmeyer beschreibt die seltene **subkutane Ruptur der extrahepatischen Gallenwege.** Er sah einen Abriß beider Hepatikusäste bei einem 4j. Jungen. Die Ursache sei eine plötzliche Lageveränderung der beim Kind relativ großen und schweren Masse der Leber. Klinisch unterscheidet er 3 Stadien: den Schock, dann eine intermediäre Phase von einigen Tagen bis zu 4 Wochen und schließlich einen zunehmenden Verschlußikterus. Die Behandlung bestand im vorliegenden Fall in der Naht über einem T-Rohr, dessen einer kurzer Schenkel y-förmig gespalten und je zur Hälfte in einen der beiden Hepatikusäste eingeführt wurde.

Die **Spätschäden durch Harnröhrenstrikturen** werden von Haßelbacher abgehandelt. Er wertet 70 eigene Beobachtungen aus, wovon 26 traumatisch bedingt waren. Zur Vermeidung dieser Strikturen empfiehlt er, auf die Naht der Urethra zu verzichten und nur die Rupturstelle freizulegen, einen durchgehenden, suprapubisch herauszuleitenden Katheter einzulegen und sofort nach Abheilung

der Verletzung zu bougieren. Unter den Folgen der Striktur erwähnt er: Infektion, Blasensteine, Fisteln sowie Nierenschädigungen. Die Behandlung besteht bei ihm in der Resektion der Engstelle einschließlich des Narben- und Fistelgewebes, in der anschließenden Einlage eines Katheterschlauchs und in der Heilung per granulationem. Die dauernde EM bei einer strikturbildenden Harnröhrenverletzung beziffert H. mit 30%; bei Auftreten von Spätschäden wird der Satz erhöht.

Als seltene Sportverletzung sah Benke den **Abriß der Spina iliaca ant. inf.** Anlaß gab die plötzlich einsetzende Höchstleistung beim Schnellauf; die maximale Kontraktion des M. rectus fem. führte zum Abriß des erwähnten Knochenvorsprungs, oder besser gesagt, des Apophysenkerns des tuberculum ilicum, da der Verletzte erst 16 Jahre alt war.

IV. Verletzungen der Gliedmaßen

Arens aus dem „Bergmannsheil", Bochum, bespricht an Hand einiger eigener Beispiele die **Behandlung schwerer offener Unterschenkelbrüche.** In zwei Fällen wurde bei der Erstversorgung das distale Schienbeinfragment zugerichtet und in die proximale Markhöhle eingebolzt. Einmal erfolgte als Ersatz eines ausgebrochenen Bruchstückes die primäre Anlagerung eines Knochenspans aus der Kühltruhe, einmal die Schienung der Tibia mit Hilfe eines aus dem Wadenbein entnommenen Transplantates, das mit 2 Drahtschlingen befestigt wurde. Dieser Verletzte hatte außerdem einen Oberschenkelbruch der gleichen Seite, der nach 3 Wochen offen genagelt wurde. Die Ergebnisse waren in allen Fällen gut.

Das gleiche gilt auch von einer Beobachtung Haikes und Mitarbeiter. Bei ihrem Patienten handelte es sich um eine schwere, verschmutzte **offene suprakondyläre Zertrümmerungsfraktur des Oberschenkels** mit Kniegelenksbeteiligung. 2 große Knochenstücke wurden am Unfallort von der Polizei gefunden und in die Klinik gebracht. Eines wurde nach mechanischer Säuberung und 2stündigem Einlegen in eine Penicillin-Streptomycin-Lösung primär wieder eingebolzt. (Auf eine Sterilisation im Autoklav verzichtete man, um die „osteogene Substanz" zu erhalten.) Nach dem Eingriff erhielt der Verletzte über 14 Tage hinweg 6stündlich eine Kapsel Erycin und örtlich durch ein Drain 4 Tage lang Penicillin. Die Einheilung erfolgte ungestört, was die Autoren in erster Linie der gründlichen mechanischen Reinigung des Autotransplantats zuschreiben, da durch die 2stündige Antibiotikaeinwirkung eine Abtötung aller Keime sicher nicht erreicht wird. Wenn der Erfolg im vorliegenden Fall auch erfreulich gut war, so kann das beschriebene Vorgehen u. E. trotzdem nicht unbedingt zur Nachahmung empfohlen werden.

Die **Ursache des schnellenden Fingers** sieht Kohler in einer unphysiologischen seitlichen Druckbelastung durch falsche Grifftechnik bei der Arbeit. Dadurch werde das Sehnengewebe geschädigt und gelange sekundär ein Sehnenknoten zur Ausbildung. Betroffen seien an den Fingern 2—5 immer die oberflächlichen Beugesehnen, am Daumen die Sehne des langen Beugers. Die Behandlung besteht in einer Exzision aus dem Lig. anulare über dem Köpfchen des Mittelhandknochens.

Schink hat in einem Fall den **Daumenverlust** durch plastische Verlängerung des Daumenstrahls mit Hilfe des Zeigefingerrestes einschließlich des 2. Mittelhandknochens in sehr befriedigender Weise ausgeglichen.

Auf die **Besonderheiten des Schenkelhalsbruches** — Eigenart der Gefäßversorgung und Kallusbildung nur vom Mark aus — weist Strater hin. Er tritt für die unblutige Behandlung ein, wenn der Schenkelshals stark aufgesplittert ist und röntgenologisch eine deutliche Entkalkung und Verschmächtigung des Knochens vorliegt. In allen anderen Fällen nagelt er, wobei er sich des Drahtnetzes nach *Jeschke* bedient. Mißerfolge führt er mit Recht auf die falsche Vorstellung einer in Wirklichkeit nicht erzielten stabilen Osteosynthese zurück, aus der heraus zu frühzeitig belastet wird.

Daß mit der **verbundenen Doppelschraube** von *Pohl* die Ergebnisse keineswegs besser werden, geht aus einer Arbeit von Marwege und Teichert hervor. Von 38 damit versorgten Verletzten zeigten bei der Nachuntersuchung 4 Pseudarthrosen, 5 Teilnekrosen und 7 vollständige Nekrosen des Kopfes mit Falschgelenkbildung. Für die Teilnekrosen werden in erster Linie mechanische Gründe, für die Totalnekrosen mechanische und zirkulatorische angenommen. Die Autoren betonen sehr richtig, daß sich eine Verbesserung der Ergebnisse nicht durch neue Schrauben oder Nägel, sondern nur durch eine exakte anatomische Reposition und die Vermeidung zu frühen Aufstehens und Belastens erzielen lasse. Aus der Arbeit geht klar hervor, daß die *Pohl*sche Doppelschraube keineswegs mehr leistet als die einfacheren herkömmlichen Nagelmodelle.

Eine ausgedehnte **paraartikuläre Verknöcherung an der Innenseite** des **Kniegelenks** nach einem Unfall beobachtete Jonasch. Sie führte zu starken Schmerzen und einer erheblichen Bewegungseinschränkung. Beide Erscheinungen konnten durch die operative Beseitigung der Verknöcherung behoben werden.

Schönbauer fand in einem Krankengut von 600 000 Personen lediglich 9 **Brüche der Schienbeinrauhigkeit.** 3 davon waren sicher durch eine direkte Gewalteinwirkung (Hufschlag, Verschüttung, Sturz) hervorgerufen. In einem Fall lag außerdem eine Fraktur der gleichseitigen Tibia vor. Je nach dem Grad der Verschiebung werden 3 Gruppen der Verletzung unterschieden. Bei nur geringem Klaffen erfolgt die Anlage einer Gipshülse für 5 Wochen, bei starker Dislokation die operative Verschraubung mit anschließender Ruhigstellung für die gleiche Zeit. Die Behandlung bei den letztgenannten Fällen dauerte doppelt so lang wie bei den unblutig Versorgten.

Schrifttum: Arens, W.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 276. — Begemann, H.: Dtsch. med. Wschr. (1957), S. 1755. — Benke, A.: Zschr. Orthop., 89 (1957), S. 113. — Böhler, J.: Med. Klin. (1957), S. 1647. — Carstensen, E. u. Ewerwahn, W. J.: Dtsch. med. Wschr. (1957), S. 1338. — Crone-Münzebrock, A.: Bruns' Beitr. klin. Chir., 195 (1957), S. 1 u. 185. — Gelinsky, E.: Bruns' Beitr. klin. Chir., 195 (1957), S. 160. — Haike, H., Baerwolff, G. u. Brandenburg, H.: Chirurg, 28 (1957), S. 510. — Haßelbacher, K.: Bruns' Beitr. klin. Chir., 195 (1957), S. 94. — Heinemann, G.: Bruns' Beitr. klin. Chir., 195 (1957), S. 206. — Henne, H. F.: Chirurg, 28 (1957), S. 398. — Huber, F.: Med. Klin. (1957), S. 1919. — Jonasch, E.: Zschr. Orthop., 89 (1957), S. 116. — Kaulbach, W.: Chirurg., 28 (1957), S. 460. — Kaulbach, W. u. Gómez-Ferrer, F.: Langenbecks Arch., 285 (1957), S. 581. — Kohler, O.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 272. — Knorr, G.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 239. — Leube, H.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 289. — Marwege, H. u. Teichert, G.: Chirurg, 28 (1957). S. 505. — Niederecker, K. u. Weitnauer, H.: Chirurg, 28 (1957), S. 352. — Pantlen, H.: Med. Klin. (1957), S. 1586. — Pfisterer, H.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 229. — Quadbeck, G. u. Helmchen, H.: Dtsch. med. Wschr. (1957), S. 258. — Roer, H. u. Teichert, G.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 258. — Schega, H. W.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 293. — Schink, W.: Chirurg, 28 (1957), S. 371. — Schönbauer, H. R.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 83. — Smola, E.: Chirurg, 28 (1957), S. 417. — Sperling, O. K.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957), S. 308. — Strater, P.: Bruns' Beitr. klin. Chir., 194 (1957), S. 35. — Tegtmeyer, F.: Chirurg, 28 (1957), S. 406. — Titze, A.: Zschr. Orthop., 89 (1957), S. 88. — Töppich, E. u. Kneidel, H.: Mschr. Unfallhk., 60 (1957) S. 300.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. M. A. Schmid, München 13, Hohenzollernstr. 140.

Buchbesprechungen

G. Marcel und J. Rolin: **Was erwarten wir vom Arzt?** Unter Mitarbeit von G. Thibon, M. de Corte, S. Fouché, G. Brunier und V. H. Debidour. 212 S., Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1956. Preis: Gzln. DM 12,80.

Es ist geistige Elite, die hier von der Krise der heutigen Arzneikunst spricht und herbe Kritik übt, aber dabei doch auch dem Arzt Gerechtigkeit widerfahren läßt; denn es ist die Krise der Zeit, die Krise der Gesellschaft und des Staatswesens, was im heutigen Sozialstaat Anspruch auf totalitäre Macht auch im Gesundheitswesen erhebt und den Arzt zum Funktionär des Wohlfahrtsstaates mit seinen übertriebenen Sozialversicherungen machen möchte, die das Volk verwöhnen und verweichlichen, demoralisieren und korrumpieren. Es sind dieselben Gedanken, dieselben Sorgen und Warnungen, wie sie auch schon von Ärzten, wie *Liek, v. Weizsäcker* und anderen oft genug geäußert wurden, hier aber von der Gegenseite des Patienten, der auf manches hinweist, was ärztlicher Selbstkritik nicht immer gegenwärtig ist. Deshalb sollte das Buch in keiner Arztbibliothek fehlen.

Die „Entpersönlichung" und „Entmenschlichung" der Medizin in „Gesundheitsfabriken", wo das ärztliche Geheimnis und die menschliche Würde in Frage gestellt scheint, wird angeprangert, die Wahrung der ärztlichen Freiheiten, Berufsgeheimnis, Verordnungsfreiheit und freie Arztwahl, die durch den Bürokratismus der Sozialversicherungen so gefährdet sind, wird mit allem Nachdruck gefordert. „Selbst das Gesetz steht nicht über dem Geheimnis. Die Stimme des Gewissens muß über das Gesetz gestellt werden." Die ärztliche Verantwortlichkeit darf nicht von der medizinischen auf die juristische Ebene verlagert werden.

Als Mißbrauch des Vertrauens und Vergewaltigung der Seelen wird die Psychoanalyse hingestellt, die den Arzt „in den Tiefen unseres Unterbewußtseins wühlen läßt und von uns dabei verlangt, daß wir ihm Dinge gestehen, die wir uns nicht einmal selbst einzugestehen wagen".

Die Versuchung des Arztes ist die Hoffart. „Das Drama des Arztes spielt sich ab im Schnittpunkt der unendlichen Möglichkeiten dessen, was er tun kann, was er tun soll und was er nicht tun darf."

Am Ende seiner „Reflexionen eines Laien über die heutige Medizin" sagt V. H. Debidour: „Und nun kehren meine Gedanken

zurück zum Alltag des Arztes. Ich denke an das schrillende Telefon, das ihn stündlich aufscheucht, wie man einem Hund pfeift, an die Stunden der Erschöpfung, an den Zwang, sich pausenlos für andere zur Verfügung zu halten, an das Unmaß an Mitleid und zugleich Härte, das ihm zugemutet wird. — Adsum! Was dieses Wort dem Arzt aufbürdet, wollte ich zeigen." Und Jean Rolin erwartet vom Arzt nur eine einzige Tugend: „daß er sich seine geistige Freiheit bewahre!"

Dr. med. *E. Demant*, Berlin-Wittenau, Oranienburger Str. 205.

E. Mischol: **Infektion und Antiseptik in der Stomatologie.** Mit einem Vorwort von Prof. Dr. med. P. Schmuziger. 168 S., 48 Abb., Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart 1955. Preis: Gzln. DM 26,80.

Dieses Buch von einem ungemein belesenen Praktiker verfaßt, gibt im ersten Teil neben einer instruktiven Darstellung der allgemein gültigen Desinfektions- und Sterilisationsmethoden einen kurzen Abriß über Wesen und Wirkung der heute gebräuchlichen Chemotherapeutika und Antibiotika, einschließlich dem Resistenzproblem.

Im zweiten Teil wird die spezielle Antiseptik der Wurzelbehandlung, der konservierenden Zahnheilkunde und der zahnärztlichen Chirurgie behandelt.

Die Symptomatologie aller den Stomatologen interessierenden Infektionskrankheiten, Methoden der Desinfektion und Sterilisation, des konservierenden und chirurgischen Instrumentariums — unter besonderer Berücksichtigung der Problematik der Spritzensterilisation — findet neben einer nicht in allen Punkten befriedigenden Abhandlung der Herdinfektion eine ausführliche und erschöpfende Behandlung.

Die Varietät und Komplikation aller stomatologischen Infektionen wird zusammen mit den spezifischen Infektionen besprochen; immer bleibt das Bemühen des Verfassers um Sachlichkeit und Prägnanz in der Darstellung gewahrt.

Die Beachtung und Kommentierung fast der gesamten europäischen und nordamerikanischen Fachliteratur (670 Titel!) einschließlich kurzgefaßter Krankengeschichten und Sektionsprotokolle, sowie die dem Autor eigene kurze und überaus instruktive Konzeption, machen das vorliegende Buch, das auch drucktechnisch als völlig gelungen bezeichnet werden kann, zu einem für Klinik und Praxis gleich wertvollen Ratgeber.

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. *J. Heiss*, München 15, Universitäts-Zahnklinik, Goethestraße 70.

M. Breuninger: **Schlaf durch seelische Harmonie.** Wege zur Schlafgesundheit für Alle. Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel 1956. Preis: kart. DM 5,50; Gzln. DM 7,50.

Das dem bekannten Verlage entsprechend schön, als Vorsatz mit einem Portrait des Verfassers nach einem Bilde von *Wislicenus*, Dresden, ausgestattete Buch gibt eine klare populäre Einführung in die Arbeitswelt des nervenärztlichen Verfassers. Er war unseres Wissens der erste Arzt, der eine Sonderklinik für Schlafgestörte bereits vor Jahrzehnten eröffnete — nicht im Sinne der heute oft recht indikationslos verwendeten chemischen „Schlafkuren", sondern — als eine „Schlaferziehungsanstalt"; die Frucht dieser Bemühungen ist das ebenso eigenwillige wie anregende Schriftchen, das sicher vielen Lesern Neues vermitteln wird. (Nach kurzer Einführung „Frühgeschichtliches, Geschichtliches; Schlafprobleme der Gegenwart; Bild eines guten Schläfers; seelisches Harmonie-Fundament des Schlafes; praktische Anwendungen"). Ganz ohne Pathos geht es dabei nicht ab, so wenn etwa im Vorwort des Verfassers „erfahrene, in vielen Jahren kundig gewordene Hand" erwähnt wird; doch überwiegt der Gesamtwert der Broschüre diese kleinen „Eigenheiten". Eine wertvolle, aufrüttelnde, populäre Schrift!

Prof. Dr. med. *J. H. Schultz*, Berlin-Charlottenburg 9, Bayern-Allee 17.

H. Häfner: **Schulderleben und Gewissen.** Beitrag zu einer personalen Tiefenpsychologie. 182 S., Verlag E. Klett, Stuttgart 1956. Preis: brosch. DM 11,80.

Das Werk ist im Sinn der anthropologisch-daseinsanalytischen Lehren ausgerichtet; Verfasser beruft sich vor allem auf *V. E. Frankl* und *von Gebsattel*. Somit ist Psychotherapie Hilfstellung des Arztes auf dem Wege zur Verantwortung hin. Es genügen also nicht „biologische Kriterien"; d. h. das therapeutische Ziel ist mit der körperlichen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit noch nicht erreicht. Es geht vielmehr um „Personwerdung". Der Weg zu dieser Selbstverwirklichung hat vor dem leiblichen Tod kein Ende. Der kranke Mensch ist zur Schuldbegegnung ursprünglich nicht frei, denn er verfügt in der Neurose nicht über sein „personales", sondern steht unter der Gewalt eines „autoritativen Gewissens" (= Über-Ich der Psychoanalyse). Erst wenn der Patient sich von dem autoritativen Gewissen befreit hat und imstande ist, der personalen Schuld zu begegnen, ist die Therapie abgeschlossen. Durch diese Erkenntnis ist allerdings „eine große Illusion der Psychotherapie verloren gegangen": „die Hoffnung auf erreichbare psychische Stabilität und Konfliktlosigkeit"; „seelisch-geistige Gesundheit ohne Angst, ohne immer wiederkehrende Schuld, ohne Zweifel und fortwährendes In-Frage-Stellen seiner selbst gibt es nicht".

Dr. med. *G. R. Heyer*, Nußdorf am Inn, Berghof.

J. Reiner: **Optische Instrumente.** I. Teil: **Lupe, Mikroskop und Fernrohr.** 254 S., 151 Abb., Verlag Willy Schrickel, Düsseldorf 1956. Preis: Gzln. DM 25,—.

Verf. wendet sich an den Naturwissenschaftler, der sich um Vervollkommnung im Gebrauch seiner optischen Geräte bemüht. Das ist besonders wichtig bei den im vorliegenden 1. Teil behandelten Instrumenten, die zur Unterstützung des Auges dienen. Die Theorie dieser Geräte muß die Eigenschaften des beobachtenden Auges, seine Akkomodationsfähigkeit und Fehlsichtigkeit berücksichtigen. Diese manchmal etwas schwierigen, aber für den praktischen Gebrauch sehr förderlichen Gedankengänge werden klar und modern dargestellt. In seltener Vollständigkeit werden neben den neuesten Geräten und Verfahren auch die klassischen Konstruktionen behandelt, wobei dem Mikroskop der Hauptteil eingeräumt wird. Nur wer die Kriterien für die Auflösung, Wirklichkeitstreue der Abbildung usw. beherrscht, wird sein Instrument bis an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit ausnützen, sich andererseits in schwierigen Fällen vor Fehldeutungen schützen können.

Beim Studium des mit zahlreichen Formeln durchschossenen Textes stört die schwere Unterscheidbarkeit der Ziffer 1 und des Buchstabens l. Leider ist es allgemein üblich, die wenig charakteristische Letter l aus dem Schriftsatz unverändert in mathematische Formeln zu übernehmen. Um die Verwirrung vollständig zu machen, werden für die Ziffer 1 zwei verschiedene Zeichen gebraucht. Man prüfe daraufhin etwa auf S. 36 die der Formel (22) vorangehende Formel, in der man die rechte Ziffer beim Vergleich mit der linken als Buchstaben l zu lesen versucht ist. Welcher Verlag macht den Anfang mit einer in Formeln deutlich unterscheidbaren Letter für den Buchstaben l?

Im übrigen ist das Werk mit guten Zeichnungen, Werkphotos der führenden optischen Firmen usw. reich ausgestattet, so daß nur zu wünschen bleibt, daß der 2. Band mit der Darstellung der photographischen Objektive und der Projektionseinrichtungen bald folgen möge.

Prof. Dr. med. *T. v. Lanz*, München 15, Pettenkoferstraße 11.

Kongresse und Vereine

Ärztlicher Verein München e.V.

Sitzung am 21. Februar 1957

J. McMichael, London: **Klappeninsuffizienz bei Herzversagen.** Der Vortr. berichtet zunächst über eine Pat. mit einer Mitralstenose, die während einer Gravidität ein Lungenödem bekam. Die Geburt verlief trotzdem glatt. Später wurde eine Trikuspidalinsuffizienz festgestellt, es fand sich statt der Lungenstauung eine Leberstauung, was bessere Kreislaufverhältnisse mit sich brachte. Das Befinden der Pat. war recht gut. Das Herz war stark vergrößert, deutliche systol. Pulsationen an den Halsvenen. Keine Ödeme. Die Beobachtung der Pulsation an den Jugularvenen ist aufschlußreicher als der Puls an der Kubitalvene.

Bei der näheren Analyse eine Trikuspidalinsuffizienz, zur Erfassung der Funktion bedient sich der Autor folgender 5 Methoden:

1. Messung des rechten Vorhofdruckes mittels Herzkatheter;
2. Beobachtung des Strömungsverlaufs im rechten Vorhof;
3. Phonokardiogramm;
4. Farbstoffpassage;
5. post mortem Studium des kranken Herzens.

Ad 1. Der normale Druckverlauf im rechten Vorhof besteht aus einer „a"-Welle, entsprechend der Vorhofsystole. Gegen Ende der Vorhofdiastole wird durch die Kontraktion des Ventrikels die

schlossene Trikuspidalklappe zur Herzspitze hingezogen, und da r Vorhof an den beiden Hohlvenen verankert ist, wird er verngert. Der Druck fällt ab (X-Abfall nach *Mackenzie*). Unter dem ändigen Blutzustrom aus den Hohlvenen steigt der Druck wieder an (V"-Welle), bis sich bei Erschlaffung des Ventrikels die Trikuspidalis öffnet und Blut vom Vorhof in den Ventrikel strömt. Dies erursacht einen erneuten Druckabfall im Vorhof (Y-Abfall). Normalerweise ist der X-Abfall viel größer als der Y-Abfall. Bei einer rikuspidalinsuffizienz ist der X-Abfall klein oder er tritt gar nicht in, dagegen besteht ein starker systolischer Druckanstieg. Ein nstieg über 8 mm spricht für eine Trikuspidalinsuffizienz.

Ad 2. Den Strömungsverlauf im rechten Vorhof kann man mittels ines doppellumigen Katheters beobachten, der an der oberen Öffnung mit dem Vorhof, an der seitlichen mit der oberen Hohlvene und an der unteren Öffnung mit einem Manometer verbunden ist. Ist der Druck in Vorhof und Vene gleich, erfolgt kein Ausschlag des Manometers, ist der Druck im Vorhof größer, schlägt das Manometer nach unten aus, ist der Druck in der Hohlvene größer, erfolgt ein Ausschlag nach oben. So entsteht eine Kurve, die den Strömungsverlauf anzeigt. Normalerweise ist während der Ventrikelsystole die Strömung vorwärts gerichtet, hört auf nach Klappenschluß und setzt wieder ein nach Erschlaffung des Ventrikels. Bei der Trikuspidalinsuffizienz tritt während der Kammersystole ein Rückstrom ein, ein Vorwärtsstrom nur während der Diastole. Unter Belastung nimmt der Rückstrom weiter zu. Bei leichten Formen ist der Rückfluß gering, bei schweren Formen kann er größer sein als die vorwärtsgerichtete Strömung, z. B. 55/25.

Ad 3. Im Phonokardiogramm findet sich als Zeichen einer Trikuspidalinsuffizienz bei Einatmung ein lautes systolisches Geräusch, weil durch die vermehrte Blutfülle im Thorax und die Ausdehnung des Ventrikels die Insuffizienz der Klappen zunimmt. Gleichzeitig ist eine große systolische Welle im Jugularvenenpuls zu beobachten.

Ad 4. Man prüft die Farbstoffpassage, indem man intravenös einen blauen Farbstoff spritzt, der via Lunge, Herz, Aorta, Arterien bis in das Ohr gelangt und dort mittels einer Photozelle am durchleuchteten Ohr registriert werden kann. Normalerweise wird der Farbstoff bereits nach 10 Sekunden nachgewiesen, nach 12 Sekunden ist der Höhepunkt der Farbstoffanreicherung erreicht, dann prompter Abfall. Bei der Trikuspidalinsuffizienz ist die Passage verzögert, die Farbstoffkonzentration fällt langsam ab.

Ad 5. Post mortem Studium. Füllung des Herzens mit Wasser.

Aussprache: G. Bodechtel fragt, wie bei den starken Venenpulsationen die Venenwände aussehen, ob sich Abnutzungserscheinungen zeigen. Antwort: Die Venenwand ist viermal so dick wie eine normale Venenwand.

N. Zöllner möchte gerne wissen, warum der Vortr. bei der Trikuspidalinsuffizienz die Beobachtung der Jugularvenen vorzieht und diejenige der Kubitalvenen ablehnt? Antwort: Bei schweren Fällen von Tri. gibt der Venendruck ein unrichtiges Bild, weil er zu niedrig liegt. Bei leichteren Fällen genügt die Beobachtung des Kubitalvenendruckes. Dr. med. *E. Platzer*, München.

Gesellschaft der Ärzte in Wien

Sitzung am 11. Oktober 1957

A. Stacher: **Die Bedeutung zentraler Faktoren bei Lymphomatosen.** Nach kurzem Hinweis auf die bekannten Tatsachen der zentralnervösen und humoralen Leukozytenreaktion bei Gesunden und an lymphatischer Leukämie Erkrankten wird ein eigenartiges Krankheitsbild mit regelmäßig auftretenden Leukozytenschwankungen geschildert, das „zyklisch-leukämisch-aleukämische Lymphomatose" genannt wird. Es wurde bei einem 63j. Patienten mit eindeutiger lymphatischer Leukämie beobachtet, der in 5—10tägigen Intervallen nach dem Auftreten einer Polyurie Schüttelfrost und Temperaturanstieg bis 40° bekam. Hand in Hand damit fielen die Leukozyten von Werten um 300 000 fast auf normale Zahl ab und erreichten bis zum nächsten Fieberschub wieder langsam ihre vorige Höhe. Es konnten keine Antikörper gefunden werden, jedoch wurde an Hand von kleinen Blutübertragungen bewiesen, daß ein die Lymphozyten zerstörender Stoff im Serum des Patienten vorhanden ist. An Hand verschiedener Untersuchungen, vor allem Lumbalpunktion und Liquorinjektionen, wurde der Versuch unternommen, eine Erklärung für dieses Krankheitsbild zu finden. Am wahrscheinlichsten ist darnach, daß es durch einen Reiz auf die Hypophyse oder das Zwischenhirn zur Polyurie kommt und damit im Zusammenhang zum Lymphozytensturz. Die Abbauprodukte wirken dann wie Pyrogene und führen zu Schüttelfrost und Fieber mit allergischen Manifestationen. Gerade dadurch könnte aber der primäre Reiz unterbrochen werden.

Aussprache: Bodart hatte Gelegenheit, den Patienten früher zu beobachten und hält das Vorhandensein eines Antikörpers doch für möglich.

Schlußwort: A. Stacher: Es wäre möglich, daß es sich um einen Antikörper handelt, der derzeit nicht nachweisbar ist. Doch sind wir der Überzeugung, daß der lymphozytenzerstörende Faktor — ob wir ihn nun Antikörper nennen wollen oder nicht, zentral-nervös gesteuert — ähnlich wie bei der zyklischen Agranulozytose — oder beeinflußt wird.

K. Schmiedecker: **Frühdiagnose der Lebererkrankung durch sichtbare, tastbare und meßbare Verformungen des Thorax.** Die Bezeichnung „Leberbuckel" für die beschriebene Thoraxveränderung wurde im Jahre 1905 in einem Vortrag vor der Ärztegesellschaft in Karlsbad von *Franz X. Mayr* geprägt und später in seinen Büchern, vor allem in den Fundamenten zur Diagnostik, beschrieben. Der Leberbuckel entsteht durch die défense musculaire der Inspiratoren des Brustkorbes der rechten Seite. Er entspricht einem in maximalster Einatmungsstellung aktiv festgehaltenen Thoraxabschnitt. Man kann ihn sehen und tasten und mit der Rasterprojektion photographisch deutlich sichtbar machen. Die reflektorische Einatmungs- oder Weiterstellung des Brustkorbes bewirkt zugleich eine Hemmung der Zwerchfellbewegung und damit eine relative Ruhigstellung der erkrankten Leber. Dies kann auch röntgenologisch nachgewiesen werden. Dadurch erklärt sich die Zunahme der Vitalkapazität bei Normalisierung des Zustandes der Leber. Expansion und Lokalisation: Bei muskelkräftigen Individuen im Stehen und bei allen im Liegen, handbreit unter der Axilla lateral und ventral. Verstreichen der rechten Hüfte, öfter auch epigastrischer Winkel nach rechts erweitert. Bei Muskelschwächeren im Stehen — am Beginn und bei Verschwinden des Leberbuckels befindet er sich unterhalb des rechten Schulterblattes. Dadurch ist der Abstand zwischen Schulterblattrand und Dornfortsatzrand oft nach rechts größer als nach links (siehe Röntgen). Die topographische Verschiedenheit in der Lage von Leber und Leberbuckel wird durch den Lungenzug erklärt (*v. Hajek*). Zum Beweis, daß diese Erscheinung tatsächlich mit der Leber zusammenhängt, wird folgendes angeführt: a) theoretisch: Leberzellenschädigungen und Stauungsvorgänge der Leber führen in jedem Falle initial pathologisch-anatomisch, nach *Eppinger*, zur Volumsvergrößerung der Leber. Dadurch kommt es zum Gewichtsanstieg und zur vergrößerten Kapselspannung. Über einen Reflexmechanismus wird dadurch der Leberbuckel hervorgerufen. b) praktisch gelingt es uns, den Zustand der Leber zu bessern, verkleinert sich der Leberbuckel allmählich und es kommt, trotz Tiefertretens der Zwerchfellkuppe, zum Verschwinden des tastbaren Leberrandes unter den Rippenbogen. Zugleich wird die Leber weicher. Aspekte: Ich hoffe, den Kollegen in der Praxis mit diesem Vortrag ein einfaches Hilfsmittel zur Frühdiagnose des Leberschadens gezeigt zu haben. Verfeinerten Untersuchungsmethoden der Kliniken wird es vorbehalten bleiben, Frühstadien von Leberschäden auch laboratoriumsmäßig zu erfassen.

Aussprache: Spitzer: *Schmiedecker* ist uns den Beweis für seine Behauptungen zur Gänze schuldig geblieben. Kein einziger eindeutiger Fall konnte gezeigt werden.

R. Wenger: Ich konnte, als ich vor etwa 2 Jahren auftragsgemäß die Messungen und Befunde *Schmiedeckers* überprüfte, seine Befunde im wesentlichen nicht bestätigen. Ich mußte auch damals darauf hinweisen, daß die Technik seiner photographischen Vergleichsaufnahmen mit sehr großen Fehlermöglichkeiten behaftet ist.

Schlußwort: K. Schmiedecker: Zu dem Patienten, von dem Herr *Spitzer* hören will: Es hat sich gezeigt, daß ich durch den Leber- und Milzbuckel mich bei einem Patienten (Namen und Adresse wurden genannt) veranlaßt sah, ihn der klinischen diagnostischen Klärung zuzuführen. Es war der Klinik mit ihren hochentwickelten Untersuchungsmethoden erst nach längerer Zeit (nach einem Jahr) möglich, die Lebererkrankung nachzuweisen. Weiters möchte ich erwähnen, daß ich in meinem Vortrag auf 15 Fälle klinischer Diagnostik hingewiesen habe. Herrn *Wenger* sei zugute gehalten, daß bei seiner fünfmaligen „Überprüfung" an der Diätambulanz der Klinik *Antoine* diese charakteristischen Fälle, die ich heute gezeigt habe, nicht vorhanden waren. Warum er uns damals bei seinen großen Möglichkeiten an der medizinischen Klinik nicht auch laboratoriumsmäßig kontrolliert hat, können wir bis heute nicht begreifen. *(Selbstberichte)*

Tagesgeschichtliche Notizen

— 1958 steht der Weltgesundheitstag unter dem Thema „10 Jahre Fortschritt im Gesundheitswesen". Die Weltgesundheitsorganisation verbindet damit die Feier des 10. Jahrestages ihrer Gründung. Da das offizielle Datum des Weltgesundheitstages, der 10. April, in die Osterwoche fällt, hat sich das Bundesinnenministerium entschlossen, für die Bundesrepublik den Termin des Weltgesundheitstages 1958 auf Do., 17. 4., zu verlegen.

— Jeder 9. Einwohner Hessens im Jahre 1956 einmal in Krankenhausbehandlung: Die Verweildauer schwankte in weiten Grenzen zwischen rd. 11 Tagen in den Krankenanstalten für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, bis zu rd. 43 Tagen in den orthopädischen Krankenanstalten, und einigen Monaten und Jahren in den Heilanstalten für Geisteskranke, Nervenkranke und Altersgebrechliche. — Auf 1000 Patienten kamen 1956 im Durchschnitt 4,6 Ärzte, 17,2 Pfleger und 22,8 Sonstige. DMI

— Nach Angaben von Schulärzten sind nur 10 bis 15% der 6jährigen Kinder heute als schulreif anzusehen. Bei den 7jährigen beträgt der Prozentsatz dagegen 90%. Prof. Villinger forderte daher auf dem 2. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege in Frankfurt, Kinder bei noch nicht erlangter Schulreife lieber zurückzustellen. DMI

— Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse hat im Jahre 1956 für Erwachsene, Jugendliche und Kinder 45 000 Kuren in deutschen Heilbädern und Kurorten durchgeführt. Zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit von Erwachsenen wurden über 16 000 Badekuren, 7000 Kuren für Genesende und rund 4800 Kuren in Sanatorien bewilligt. Die Einweisung von fast 8300 Jugendlichen zu Kuren von mindestens 25tägiger Dauer bedeutet gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung von 17,5%. Für Kinder im Alter von 4 bis 14 Jahren wurden in 192 Kurperioden von jeweils sechs Wochen Dauer rund 8500 Kuranträge bewilligt. Auch hier ist eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr festzustellen.

— Wien verliert jährlich 150 Krankenschwestern. Die Situation ist gegenwärtig so, daß jährlich 210 Schwestern in den Krankenpflegeschulen der Stadt Wien ausgebildet werden. In der gleichen Zeit scheiden aber 350 bis 400 Schwestern aus dem Dienst aus.

— Das Komitee zur Verhütung des Krebses in der Deutschen Demokratischen Republik, dem 20 bekannte Wissenschaftler angehören, hat in seiner Sitzung vom 19. 10. 1957 einstimmig beschlossen, die gesamte Presse der DDR um Verbreitung folgender Empfehlungen zu bitten: „Die ständige bedrohliche Zunahme der Lungenkrebserkrankungen ist nach den Forschungsergebnissen aller maßgebender wissenschaftlicher Institutionen zum größten Teil auf die zunehmende Inhalationssitte beim Rauchen zurückzuführen. Es wird deshalb den Rauchern dringend empfohlen, den Tabakrauch nicht mehr zu inhalieren. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, daß die bisherigen Filterzigaretten nicht geeignet sind, die krebserzeugenden Stoffe des Tabakrauches zurückzuhalten. Der heranwachsenden männlichen und weiblichen Jugend wird dringend geraten, sich schon von jung an des Rauchens zu enthalten, um allen späteren Gefahren zu entgehen." Außerdem hat das Komitee das Ministerium für Gesundheitswesen aufgefordert, sich umgehend für die Unterlassung jeglicher weiterer Zigarettenreklame im Bereiche der DDR einzusetzen.

— Betrübliche Nikotin-Statistik aus Norwegen: 50 Prozent aller 13jährigen Schüler sind gewohnheitsmäßige Raucher. (Ihr täglicher Zigarettenkonsum schwankt zw. 5 und 15 St.)

— Der Hessische Landesverband zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten hält am 22. Februar 1958 in Gießen eine wissenschaftliche Tagung ab. Vorträge: Prof. Martius (Göttingen): Probleme und Aufgaben der Krebsforschung; Prof. Cremer (Gießen): Ernährung und Krebs; Priv.-Dozentin Dr. Gärtner (Tübingen): Strahlenbiologische Grundlagen für die Anwendung energiereicher Strahlen; Prof. Vossschulte (Gießen): Diagnostik und Klinik des Bronchialkarzinoms; Prof. Zinser (Köln): Die Methoden der Krebsfrüherkennung in der Gynäkologie. Vorsitzender: Prof. Dr. R. Kepp, Gießen. Anm. und Anfr. an den Schriftführer des Verbandes, Prof. Dr. A. Vöge, Darmstadt, Städt. Frauenklinik, Bismarckstraße.

— Die Frühjahrstagung der Rhein.-Westf. Tuberkulose-Vereinigung wird am 29. März 1958 zu Düsseldorf, Plenarsaal, im Hause des Landtages (früher Ständehaus), zu erreichen von Graf-Adolf-Platz über Elisabethstraße, stattfinden. Rahmenthema für den Vormittag: „Die Urogenital-Tuberkulose". 1. „Pathologische Anatomie": Prof. Dr. Ludwig Singer, München; 2. „Klinik der Urogenital-Tuberkulose beim Manne": Prof. Dr. Boeminghaus, Düsseldorf; 3. „Klinik der Genital-Tuberkulose der Frau": Prof. Dr. Kirchhoff, Göttingen. Thema des Nachmittags: „Die Bedeutung der Resektion in der operativen Behandlung der Lungentuberkulose". Chefarzt Dr. Adelberger, Spezial-Lungen-Klinik Hemer, Westf.

— Im Einvernehmen mit dem Bund der Deutschen Medizinalbeamten führt das Bundesgesundheitsamt vom 10.—15. Februar 1958 in Berlin einen Fortbildungskurs für Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst durch. Der Kurs dient der Orientierung über den neuesten Wissensstand auf einigen Gebieten der Mikrobiologie, der Veterinärmedizin sowie der allgemeinen und Umwelthygiene einschließlich Trinkwasserversorgung und Abwasserbeseitigung. Eine Kursgebühr wird nicht erhoben. Der Unkostenbetrag (Omnibusfahrten usw.) beträgt DM 10,—. Anmeldungen sind zu richten an: Bundesgesundheitsamt, Koblenz, Am Rhein 12. Hier kann auch das genaue Arbeitsprogramm des Kurses abverlangt werden.

— Vom 28. Februar bis 2. März 1958 findet in der Medizinischen Universitätsklinik Marburg (Direktor Prof. Dr. H. E. Bock) ein Einführungskurs in die Elektrokardiographie statt. Anmeldung bis 1. Februar 1958 an die Klinik.

Geburtstag: 70.: Der apl. Prof. für Physikalische Medizin Dr. Kurt Gross in Erlangen am 1. Dezember 1957.

— Die Deutsche Röntgengesellschaft wählte Dr. med. h. c. M. Anderlohr, Erlangen, Prof. Dr. L. Turano, Rom, Prof. Dr. K. Weiss, Wien, und Prof. Dr. A. Zuppinger, Bern, zu Ehrenmitgliedern, Prof. Dr. E.-A. Zimmer, Bern, zum korresp. Mitglied.

— Zum türkischen Gesundheitsminister wurde Dr. med. Lütfi Kirdar ernannt, der vor Jahrzehnten in München studiert hatte und später Assistent an der dortigen Universitäts-Augenklinik war. Jahrelang war Dr. Kirdar auch Gouverneur von Istambul gewesen.

Hochschulnachrichten: Bonn: Prof. Dr. H. W. Kayser, Chefarzt der Städt. Frauenklinik in Aachen, und Prof. Dr. K.-F. Speckmann, Chefarzt der Inneren Abteilung des Johanniter-Krankenhauses in Bonn, haben sich von der Univ. Kiel umhabilitiert.

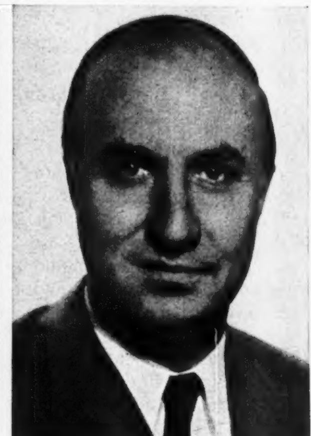
Freiburg i. Br.: Dr. Albert Walter, Oberarzt an der Medizinischen Klinik, wurde die Lehrbefugnis für Medizin verliehen.

Todesfall: Prof. Dr. P. O. Wolff, em. o. Prof. für Pharmakologie und Toxikologie der Freien Univ. Berlin, und vor dem Umsturz Schriftleiter der Dtsch. med. Wschr., starb am 16. November 1957 in Genf im Alter von 63 Jahren.

Berichtigung: Durch ein Versehen der Druckerei wurden 2 verspätet eingelaufene Porträts der Beilage „Universität des Saarlandes" zu Nr. 47 verwechselt. Nachfolgend die richtige Wiedergabe.



Prof. Dr. Helmut Ferner
Direktor des Histologischen Instituts
* 27. 9. 1912 in Graz
Leipzig 1942, Hamburg 1947, Homburg 1957



Prof. Dr. Hans Limburg
Direktor der Univ.-Frauenklinik Homburg
* 29. 6. 1910 in Köln
Hamburg 1945, Homburg 1957

Bezugsbedingungen: Vierteljährlich **DM 6.40**, für Studenten und **nicht vollbezahlte Ärzte DM 4.80** vierteljährlich zuz. DM 1.— Postgebühren. In der **Schweiz** Fr. 10.— einschl. Postgeld; in **Österreich** S. 40.— einschl. Porto; in den **Niederlanden** hfl. 5.80 + 3.60 Porto; in **USA** $ 1.55 + 0.95 Porto; **Preis des Heftes DM 1.—.** Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um 1/4 Jahr, wenn nicht eine Abbestellung bis zum 15. des letzten Monats eines Quartals erfolgt. Alle 8 Tage erscheint ein Heft. Jegliche Wiedergabe von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Photokopie, Mikroverfahren usw. nur mit Genehmigung des Verlages. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. Hans Spatz und Doz. Dr. Walter Trummert, München 38, Eddastr. 1, Tel. 6 67 67. Verantwortlich für den Anzeigenteil: Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstr. 13, Tel. 89 60 96. Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul-Heyse-Str. 26/28, Tel. 59 39 27. Postscheck München 129, Postscheck Bern III 195 48 und Postscheck Wien 109 305, Konto 408 264 bei der Bayerischen Vereinsbank München. Druck: Carl Gerber, München 5, Angertorstraße 2.

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT FREIBURG IM BREISGAU





Medizinische Klinik



Prof. Dr. Franz Büchner
Direktor des Patholog. Instituts der Universität
* 20. 1. 1895 in Boppard
Freiburg 1927



Prof. Dr. Albrecht Fleckenstein
Direktor des Physiolog. Instituts der Universität
* 3. 5. 1917 in Aschaffenburg
Heidelberg 1947, Freiburg 1956

Prof. Dr. Kurt Goerttler
Direktor des Anatomischen Instituts
* 17. 5. 1898 in Sondershausen/Thür.
München 1926, Kiel 1927, Zürich 1932, Hambg. 1934, Heidelbg. 1935, Freibg. 1948



Prof. Dr. Richard Haas
Direktor des Hygienischen Universitäts-Instituts
* 23. 9. 1910 in Chemnitz
Marburg 1942, Freiburg 1955



Prof. Dr. Dr. h. c. Ludwig Heilmeyer
Direktor der Medizin. Univ.-Klinik
* 6. 3. 1899 in München
Jena 1928, Düsseldorf 1944,
Freiburg 1946



Prof. Dr. Sigurd Janssen
Direktor des Pharmakologischen
Univ.-Instituts
* 17. 2. 1891 in Düsseldorf
Freiburg 1926, Berlin 1927, Freiburg 1927



Prof. Dr. Richard Jung
Direktor der Abtlg. für klinische
Neurophysiologie der Universität
* 27. 6. 1911 in Frankenthal
Freiburg 1940



Prof. Dr. phil. et med.
Joseph Kapfhammer
Direktor des Physiol.-Chem. Instituts
* 3. 4. 1888 in Nürnberg
Leipzig 1925, Freiburg 1928

Am 21. September 1457 schlug die Geburtsstunde der Albertina. Damals stellte *Erzherzog Albert VI. von Österreich* den Stiftungsbrief für die Universität Freiburg aus. In der Urkunde bekundet sich in eindrucksvoller Weise nicht nur der landesfürstliche Wille, die neugeschaffene Hochschule zu einer Pflegestätte universalen Wissens zu machen, sondern vor allem auch die achtungsvolle Anerkennung der Eigenständigkeit und Selbstgesetzlichkeit des geistigen Lebens, das seine edelsten Früchte nur in dem Klima voller, unumschränkter Freiheit zur Reife zu bringen vermag.

Nach dem Ablauf von drei Jahren fand die Einweihung der Universität statt. Von allem Anfang an bildete die medizinische Fakultät einen festen Bestandteil des Lehrkörpers. Sie stellte den ersten Rektor, der zugleich das Dekanat seiner Fakultät bekleidete, Dr. *Matthias Hummel*. In seiner von warmer Begeisterung getragenen Festansprache legte er ein machtvolles Bekenntnis zu den verpflichtenden geistigen Traditionen der Antike ab und bezeichnete den Dienst an der Wahrheit als die alleinige Bestimmung der neugegründeten Hochschule.

Hummels Worte mochten hochgespannte Erwartungen erregen. Die folgenden Jahrhunderte waren der Verwirklichung solcher Hoffnungen nicht günstig. Nur langsam gelang es der medizinischen Fakultät, ihren Lehrkörper zu vergrößern. Beinahe hundert Jahre hat es gedauert, bis zu der Stelle des Primarius die eines Sekundarius und Tertiarius hinzugeschaffen wurde. Immer wieder traten Rückschläge ein, ja es gab sogar eine Phase, in der man ernstlich die Stillegung des medizinischen Lehrbetriebes in Erwägung zog. In diesen ersten Jahrhunderten hat Freiburg keinen epochemachenden Beitrag zu dem mächtigen Emporblühen der medizinischen Wissenschaften geleistet und sich den kühnen Neuerungen auf dem Gebiet der Heilkunst nur recht zögernd geöffnet.



Prof. Dr. Walter Keller
Direktor der Univ.-Kinderklinik
* 7. 2. 1894 in Heidelberg
Heidelberg 1927, Mainz 1934,
Gießen 1938, Freiburg 1949



Prof. Dr. Max Kneer
Direktor der Univ.-Frauenklinik
* 15. 9. 1908 in Heilbronn
Tübingen 1940, Freiburg 1956



Prof. Dr. Harry Koenigsfeld
Inhaber des Lehrstuhls für
Versicherungsmedizin
* 21. 6. 1887 in Gleiwitz
Freiburg 1920



Prof. Dr. Hermann Krauss
Direktor der Chirurg. Univ.-Klinik
* 20. 3. 1899 in Calw/Württ.
Berlin 1934, Freiburg 1952


Prof. Dr. Traugott Riechert
Direktor der Neurochirurgischen Abtlg. der Universität
* 29. 10. 1905 in Lyck/Ostpreußen
Frankfurt/Main 1940, Freiburg 1949

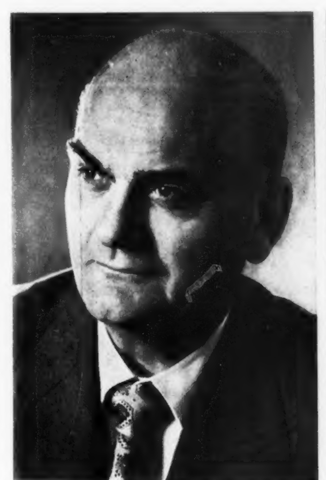

Prof. Dr. Hanns Ruffin
Direktor der Psychiatr. u. Nervenklinik
* 27. 2. 1902 in Mainz
Köln 1933, Freiburg 1934, Mainz 1946, Freiburg 1951


Prof. Dr. Hans Sarre
Direktor der Med. Univ.-Poliklinik
* 25. 3. 1906 in Neubabelsberg
Frankfurt/Main 1939, Freiburg 1948


Prof. Dr. Alfred Stühmer
Direktor der Universitäts-Hautklinik
* 28. 2. 1885 in Magdeburg
Freiburg 1921, Münster/W. 1925, Freiburg 1934

Erst als der *Boerhaave*-Schüler *van Swieten* 1745 von *Maria Theresia* nach Wien berufen wurde und das Universitätswesen reorganisierte, begann sich auch für Freiburg, das damals zu den österreichischen Erblanden gehörte, ein Wandel anzubahnen. Auf seine Anregung geht mittelbar oder unmittelbar die Einrichtung des sogenannten nosocomium practicum zurück, d. h. einer Krankenanstalt, die ausschließlich den Zwecken des akademischen Unterrichts diente. Das Ende des Jahrhunderts sah dann den Kampf *M. Mederers* um die Gleichberechtigung der Chirurgie.

Im Zeitalter der „romantischen" Medizin zeichnete sich die Freiburger medizinische Fakultät durch selbstbewußte Festigkeit aus. Die kühl abwägende kritische Haltung bewahrte sie davor, sich in das Gewirr schnellvergänglicher, auf schwankem Boden aufgebauter Theorien, die im Deutschland jener Tage im Schwange waren, zu verstricken.


Prof. Dr. Wilhelm Wegner
Direktor der Univ.-Augenklinik
* 15. 1. 1898 in Thorn
Greifswald 1927, Jena 1931, Freiburg 1932


Prof. Dr. Fritz Zöllner
Direktor der Univ.-HNO-Klinik
* 14. 7. 1901 in Wien
Jena 1935, Freiburg 1947

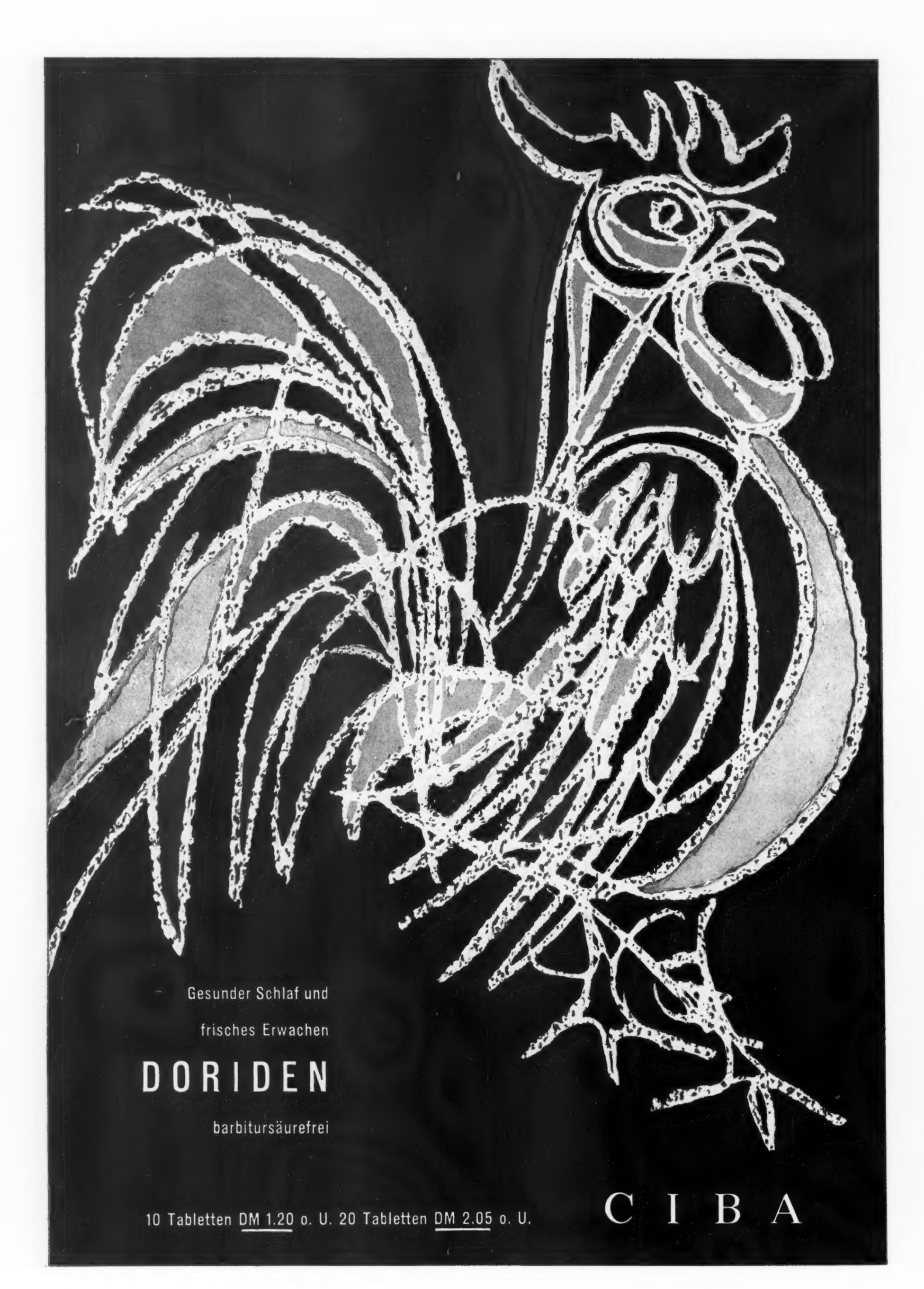
Mit der Mitte des 19. Jahrhunderts beginnt Freiburgs große Zeit. Eine ansehnliche Reihe glänzender Forscherpersönlichkeiten findet hier ihre Wirkungsstätte und führt die medizinische Fakultät zu europäischer, ja Weltgeltung empor.

Wir wollen hier nicht die Namen derer ins Gedächtnis rufen, die durch ihre Forscherarbeiten auf dem Gebiet der Heilkunst den Namen Freiburgs mit dem Glanz des Ruhms umkleidet haben. Sind sie doch über die Grenzen der Fachkreise hinaus bekannt. Berechtigt dürfte es jedoch erscheinen, in Kürze die medizinischen Großtaten hervorzuheben, die in Freiburg vollbracht wurden. Hier wurde für die Diagnostik der Magenkrankheiten ein wertvolles Hilfsmittel geschaffen. Hier wurden der Laryngologie durch die Bronchoskopie ungeahnte Möglichkeiten eröffnet. Hier erhielt die Histologie des Pankreas und die Endokrinologie entscheidende Förderung. Hier wurde das Reizleitungssystem des Herzens weitgehend aufgehellt.

Diese Leistungen verdienen um so mehr unsere Bewunderung, als sie z. T. unter primitivsten äußeren Bedingungen vollbracht wurden. Sie legen damit in eindrucksvoller Weise Zeugnis ab für die Wahrheit des Ausspruches: mens agitat molem.

Der zweite Weltkrieg hat der Freiburger Universität harte Schläge versetzt. Bei Kriegsende lagen die Kliniken zerstört am Boden. Doch zäher Aufbauwille vollbrachte das schier unmöglich Scheinende, unterstützt von dem großherzigen Opfersinn der Bevölkerung Badens. Bereits 1956 waren die meisten Gebäude wieder erstellt in einer Form, die den gesteigerten neuzeitlichen Anforderungen medizinischer Forschung und Lehre in jeder Beziehung Genüge tut! Gegenwärtig umfaßt der Lehrkörper 18 Ordinariate. Die Zahl der Studierenden der Medizin beläuft sich auf 1246, darunter 148 Ausländer aus allen Teilen der Welt. Lehrende und Lernende widmen sich ihrer wissenschaftlichen Aufgabe in dem Bewußtsein, daß das machtvolle Erbe einer großen Vergangenheit zu ebenbürtiger Leistung verpflichtet.

Prof. Dr. med. Dr. phil. *J. Schumacher*


Gesunder Schlaf und
frisches Erwachen
DORIDEN
barbitursäurefrei
10 Tabletten DM 1.20 o. U. 20 Tabletten DM 2.05 o. U.
CIBA

CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT KIEL

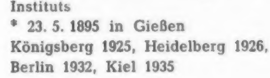


Neuerrichtete Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten



Prof. Dr. Wolfgang Bargmann
Direktor des Anatomischen Instituts
* 27. 1. 1906 in Nürnberg
Zürich 1935, Königsberg 1941,
Kiel 1946





Prof. Dr. Behrend Behrens
Direktor des Pharmakologischen Instituts
* 23. 5. 1895 in Gießen
Königsberg 1925, Heidelberg 1926,
Berlin 1932, Kiel 1935



Prof. Dr. Werner Catel
Direktor der Kinderklinik
* 26. 6. 1894 in Mannheim
Leipzig 1926, Kiel 1954

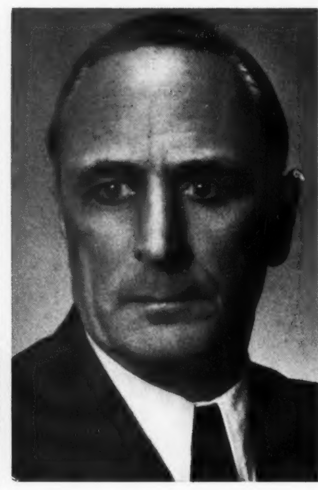




Prof. Dr. Wilhelm Doerr
Direktor des Pathologischen Instituts
* 25. 8. 1914 in Langen/Hessen
Heidelberg 1942, Berlin-West 1953, Kiel 1956



Prof. Dr. Wilhelm Hallermann
Direktor des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin
* 14. 3. 1901 in Arnsberg/Westf.
Berlin 1935, Kiel 1941



Prof. Dr. med. Dr. med., dent. Heinrich Hammer
Direktor des Instituts und der Klinik für Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten
* 14. 12. 1891 in Altona
Berlin 1931, Kiel 1947



Prof. Dr. Franz Klose
Direktor des Hygienischen Instituts
* 21. 7. 1887 in Liegnitz
Kiel 1935

Das Siegel der Medizinischen Fakultät, wie es der Universität zur Einweihungsfeier am 5. Oktober 1665 verliehen wurde, trägt als Sinnspruch den Aphorismus des *Hippokrates* „Ars Longa, Vita Brevis Est". Über vergangene Epochen der Heilkunde, über Wirken und Erkenntnis in der Zeit weist dieses Wort auf eine „medicina perennis", die jeder Generation neue Aufgaben stellt. Wenn sich in wenigen Jahren für die Christian-Albrechts-Universität Kiel das dritte Jahrhundert seit ihrer Gründung vollendet, soll für die Medizinische Fakultät das große Ziel baulicher Planung nach 1945 erreicht sein: Die Vereinigung aller erhaltenen und neuerrichteten Kliniken und klinischen Institute im erweiterten Gelände der „Alten Universität". Von den frühen Universitätsgebäuden im Klosterkirchhof, am kleinen Kiel und am Klinikberg, steht heute nur noch ein unscheinbarer Rest. Als einziges Altkieler Wohngebäude ist in der Dänischen Straße, gegenüber dem Schloß, der ehemalige Warleberger Hof, die heutige Bibliothek für Geschichte der Medizin, Pharmazie und Naturwissenschaften erhalten geblieben. Auch die Aula im Schloßgarten mit den Bildnisbüsten des *Platon, Solon, Hippokrates und Aristoteles* als Symbolgestalten der vier Fakultäten, die 1876 errichtet wurde, fiel wie mehrere Kliniken und Institute den Feuerstürmen des Krieges zum Opfer.

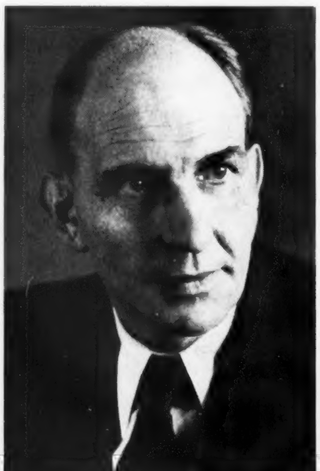
Wer heute vom Schloßgarten her den Klinikberg emporsteigt, sieht ein neues Klinikviertel entstehen. In den Plänen und Modellen zeichnen sich die Umrisse eines modernen Stadtteils ab, der in acht Jahren seine endgültige Gestaltung erhalten wird. Das erste Klinikbauprogramm mit Errichtung zweier Flügel an der Frauenklinik, des Westflügels der



Prof. Dr. Hans Lullies
Direktor des Physiologischen Instituts
* 31. 8. 1898 in Königsberg
Königsberg 1925, Köln 1935, Straßburg 1941, Homburg/Saar 1948, Kiel 1953



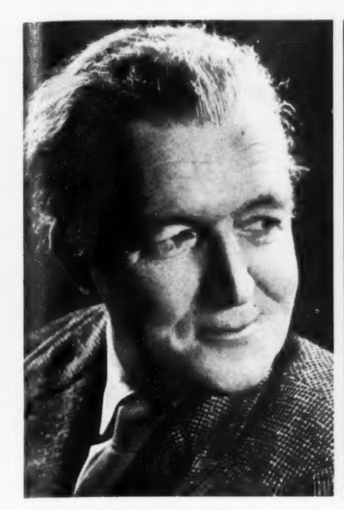
Prof. Dr. Alois Meesmann
Direktor der Augenklinik
* 1. 5. 1888 in Riemke/Westf.
Berlin 1923, Kiel 1935



Prof. Dr. med. Dr. phil. Manfred Monjé
Lehrstuhl für angewandte Physiologie
* 9. 9. 1901 in Wesel
Rostock 1929, Leipzig 1934, Posen 1942, Kiel 1945



Prof. Dr. Hans Netter
Direktor des physiologisch-chemischen Instituts
* 13. 7. 1899 in Meißen/Sa.
Kiel 1927


Prof. Dr. Heinrich Pfleiderer
Direktor des Instituts für Bioklimatologie und Meeresheilkunde, Westerland/Sylt
* 2. 2. 1900 in Bondorf/Württ.
Kiel 1934


Prof. Dr. Ernst Philipp
Direktor der Frauenklinik und Hebammenlehranstalt
* 22. 10. 1893 in Münsterberg/Schles.
Berlin 1928, Greifswald 1934, Kiel 1937


Prof. Dr. Albin Proppe
Direktor der Hautklinik
* 19. 5. 1907 in Trier/Mosel
Düsseldorf 1937, Kiel 1950


Prof. Dr. Helmuth Reinwein
Direktor der Medizinischen Klinik und Medizinischen Poliklinik
* 22. 2. 1895 in Dudendorf/Meckl.
Würzburg 1927, Gießen 1934, Kiel 1942

Medizinischen Klinik, konnte im Frühjahr 1957 mit dem Neubau der Hals-, Nasen-, Ohrenklinik abgeschlossen werden. Orthopädische Klinik, Hautklinik, Kiefer- und Kinderklinik gehören mit dem pharmakologischen und gerichtsmedizinischen Institut, Wohnbauten, Lagergebäuden und Tierstallungen zum zweiten Bauvorhaben, das nach drei- bis vierjähriger Anlaufzeit den Endausbau auf dem beträchtlich vergrößerten Gelände der „Alten Universität" vollenden wird.

Die Institute für das vorklinische Studium haben seit 1946 mit den Seminaren, Instituten und Bibliotheken der anderen Fakultäten in den kurz vorher neuerrichteten Gebäuden des Elektrowerkes „Elac" an der Olshausenstraße als „Neue Universität" eine hervorragende Heimstatt gefunden. Auch hier sind die Planungen für ein umfangreiches Neubauprogramm in vollem Gange. Das Studentenhaus, natur- und rechtswissenschaftliche Institute sowie das kernphysikalische Institut werden hier neben anderen Universitätsgebäuden errichtet.

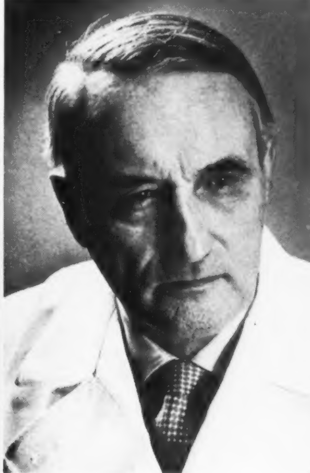
„Ars longa, vita brevis" — mit den alten und neuen Kliniken und Instituten der Medizinischen Fakultät verbindet sich die lange Namenreihe der Ärzte und Wissenschaftler aus drei Jahrhunderten akademischen Lebens. Aus der wechselvollen Geschichte des Landes, die seiner Universität Blütezeit und Tiefpunkte brachte, seien nur einige Namen genannt, die das ärztlich-wissenschaftliche Denken und Handeln ihrer Zeit prägten: In den ersten Jahrzehnten nach der Gründung *Major* und *Schelhammer;* in der Mitte des 19. Jahrhunderts *v. Langenbeck, Michaelis,* v. *Esmarch;* in den vergangenen sieben Jahrzehnten *Quincke, Schittenhelm, Anschütz.* Von hier aus haben die klinischen und theoretischen Fächer starke Impulse erhalten.

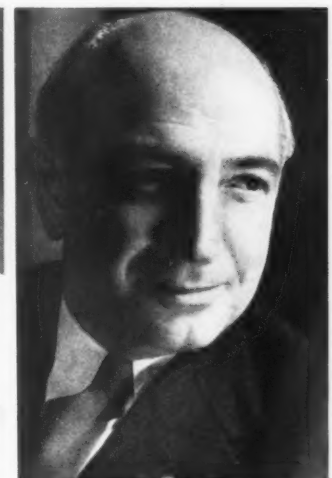
Das alles wird in Kiel, der nördlichsten deutschen Universitätsstadt mit ihrer Förde als Tor nach Skandinavien, nicht in ehrwürdigen Baudenkmälern, sondern im lebendigen Bewußtsein der Christiana Albertina bewahrt und weitergetragen. Mögen alle Ziele, alle Planungen und Anfänge der Medizinischen Fakultät in Gegenwart und Zukunft unter dem Spruch des Universitätssiegels von 1665 stehen

„pax optima rerum"!

Prof. Dr. med. *E. Philipp*


Prof. Dr. Gustav Störring
Direktor der Nervenklinik
* 3. 4. 1903 in Zürich
München 1933, Greifswald 1934, Göttingen 1936, Düsseldorf 1949, Kiel 1954


Prof. Dr. Klaus Vogel
Direktor der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik
* 6. 4. 1890 in München
Berlin 1928, Kiel 1942


Prof. Dr. Robert Wanke
Direktor der Chirurgischen Klinik
* 1. 8. 1896 in Leobschütz/Oberschles.
Kiel 1930, Greifswald 1941, Kiel 1946

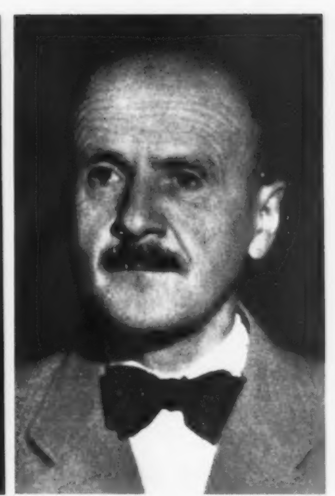
HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN



Prof. Dr. Theodor Brugsch
Direktor der I. Med. Klinik der Charité
* 11. 10. 1878 in Graz
Berlin 1909, Prag 1925, Halle/S. 1927, Ankara 1937, Berlin 1945



Prof. Dr. Harmut Dost
Direktor der Kinderklinik der Charité
* 11. 7. 1910 in Dresden
Leipzig 1943, Berlin 1952



Prof. Dr. Willi Felix
Direktor der Chirurgischen Klinik der Charité
* 10. 2. 1892 in Zürich
München 1925, Berlin 1929, Greifswald 1946, Berlin 1950



Prof. Dr. Dr. h. c. Walter Friedrich
Direktor des Instituts für Strahlenkunde
* 25. 12. 1883 in Magdeburg
Berlin 1922



Prof. Dr. Hugo Gasteiger
Direktor der Augenklinik
* 26. 11. 1899 in Murau/Stmk.
Innsbruck 1929, Frankfurt M. 1935, Berlin 1951



Prof. Dr. Fritz Gietzelt
Direktor der Geschwulstklinik und des Röntgeninstituts der Charité
* 21. 12. 1903 in Frankenberg/Sa.
Berlin 1951

ALEXANDER und WILHELM VON HUMBOLDT





Prof. Dr. Friedrich Jung
Direktor des Pharmakologischen Instituts
* 21. 4. 1915 in Friedrichshafen/Bodensee
Berlin 1944, Würzburg 1946, Berlin 1949



Prof. Dr. Louis-Heinz Kettler
Direktor des Pathologischen Instituts
* 13. 12. 1910 in Halle/S.
Halle 1942, Berlin 1953



Prof. Dr. Walter Kirsche
Direktor des Anatomischen Instituts
* 21. 6. 1920 in Ölsnitz/Erzgeb.
Berlin 1950



Prof. Dr. Helmut Kraatz
Direktor der Frauenklinik der Charité
* 6. 8. 1902 in Wittenberg
Berlin 1940, Halle 1949, Berlin 1952

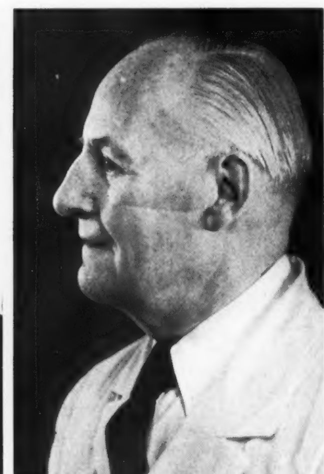
Nach dem Kriege wurde die Berliner Universität, die jetzt Humboldt-Universität heißt, wieder eröffnet. Seit April 1946 läuft der Unterricht an der medizinischen Fakultät pausenlos. Nach Ausscheiden der alten Lehrstuhlinhaber durch Tod, Weggang oder Berufung an andere Universitäten sind Neuberufungen erfolgt, um die Lücken auszufüllen; so hat sich die Berliner medizinische Fakultät verjüngt. In den Jahren 1943/44 hatte die Charité stark unter den Bombenabwürfen gelitten. Jetzt ist sie soweit wieder aufgebaut, daß die Kranken wie in jedem modernen Krankenhaus neuzeitlich behandelt werden können. Von den Gebäuden der Charité wurde die Apotheke wiederhergestellt, erweitert wurden die Kinderklinik, die chirurgische Klinik, die Gebäude der Pathologie, die II. med. Klinik, die I. med. Klinik, die Hals-Nasen-Ohrenklinik, die Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die Orthopädische Klinik, die Augenklinik, die Klinik für natürliche Heilweisen und verschiedene Wirtschaftsgebäude. Ferner wurde auf dem Gelände der Charité in den letzten Jahren eine Geschwulstklinik (I. und II. Teil beendet), eine Hautklinik, sowie in der Frauenklinik (außerhalb des Charitégeländes) ein Operationssaal und ein Hörsaal völlig neu errichtet. Geplant sind für die allernächste Zeit weitere Neubauten: eine Klinik für Infektionskrankheiten, für Tuberkulosekranke, eine Kieferklinik und der III. und IV. Teil der Geschwulstklinik. Die innere Einrichtung mit Apparaturen neuzeitlicher Art ist in den Kliniken und Instituten auf Weltniveau durchgeführt. Die Wiedereröffnung der Universität 1946 geschah unter der



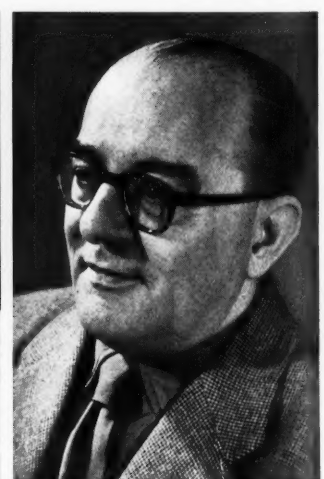
Prof. Dr. Alfons Krautwald
Direktor der II. Med. Klinik u. Poliklinik der Charité
* 5. 5. 1910 in Breslau
Berlin 1943



Prof. Dr. Karl Linser
Direktor der Hautklinik der Charité
* 10. 9. 1895 in Pforzheim
Leipzig 1947, Berlin 1949

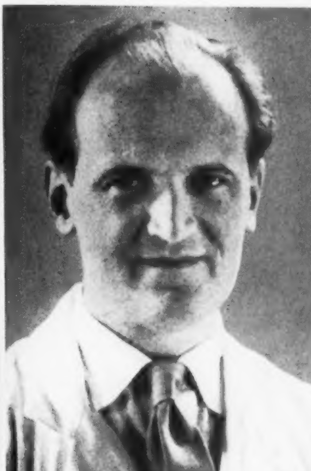


Prof. Dr. Friedrich Loeffler
Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Charité
* 13. 9. 1885 in Berlin
Halle/S. 1919, Berlin 1951



Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Josef Münch
Direktor der Klinik u. Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
* 19. 3. 1894 in Rehling/Obb.
Würzburg 1924, Berlin 1956


Prof. Dr. Dr. Paul Oesterle
Direktor des Hygienischen Instituts
* 8. 10. 1900 in Hechingen/Hohenzollern
Berlin 1941


Prof. Dr. Otto Prokop
Institut für gerichtliche Medizin
* 29. 9. 1921 in St. Pölten/N.-Ö.
Bonn 1953, Berlin 1957


Prof. Dr. Samuel Mitja Rapoport
Direktor des Physiolog.-chemischen Instituts
* 27. 11. 1912 in Woloczysk/Rußland
Cincinnati/Ohio/USA 1943, Berlin 1952


Prof. Dr. Dr. h. c.
Wolfgang Rosenthal
Direktor der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie
* 8. 9. 1884 in Friedrichshagen, Krs. Teltow
Leipzig 1930, Hamburg 1933, Berlin 1950

Forderung von *W. Humboldt* für die Universitas litterarum, daß für jeden Lehrer die Verpflichtung besteht, daß sich in seiner Tätigkeit Lehre und Forschung verbinde. Dieser Forderung haben alle Universitäten unseres Kulturkreises seit einem Jahrhundert nachgestrebt, und unsere Universität erfüllt sie noch heute. Das gilt ohne Einschränkung auch für die Medizinische Fakultät, in deren Mitte sich eine Reihe angesehener Forscher befindet. Die Frage, wie sich die Universität politisch, insbesondere unsere Medizinische Fakultät verhält, ist ohne weiteres klar zu beantworten. Die Universität wird aus den großen Mitteln unterhalten, die der Staat für kulturelle Zwecke zur Verfügung stellt. Das ist ein Drittel der gesamten Staatseinnahmen. Kein akademischer Lehrer kann deshalb sich illoyal gegen den Staat verhalten. Er ist nicht gebunden, Mitglied einer Partei zu sein, aber er ist verpflichtet, nicht illoyal zu sein. Was die Auswahl der Studenten anlangt, so hat jeder Staat die Verpflichtung, aus den Reihen der Studierenden sich die besten auszuwählen, zumal der Andrang zum Studium sehr groß ist. Der Student soll dabei loyal auf dem Boden des Staates stehen, der ihm das Studium kostenlos ermöglicht, und da es der Fleiß der Arbeiter und Bauern ist, der ihm das Studium aus öffentlichen Mitteln verschafft, so darf er nicht die soziale Situation verkennen, durch die ihm der spätere Beruf ermöglicht wird, d. h., er muß sozial denken.

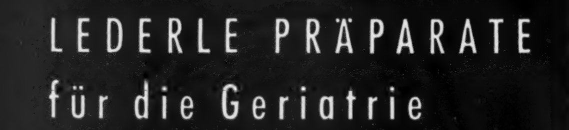
Prof. Dr. med. *Th. Brugsch*


Prof. Dr. Alfred Schulz van Treeck
Direktor der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Charité
* 20. 10. 1903 in Berlin
Berlin 1943


Prof. Dr. med. Dr. phil. Rudolf Thiele
Direktor der Nervenklinik der Charité
* 29. 6. 1888 in Berlin
Berlin 1926, Greifswald 1938, Berlin 1949


Prof. Dr. Paul Vogler
Direktor der Klinik für natürliche Heilweisen
* 9. 3. 1899 in Kassel
Berlin 1936


Prof. Dr. med. Dr. phil.
Anton Waldeyer
Direktor des Anatomischen Instituts
* 3. 3. 1901 in Tietelsen/Westf.
Freiburg 1931, Berlin 1936







GEVRABON-Saft (Vitamin-Mineral-Kombination)
für die Geriatrie
Flasche mit 120 ccm

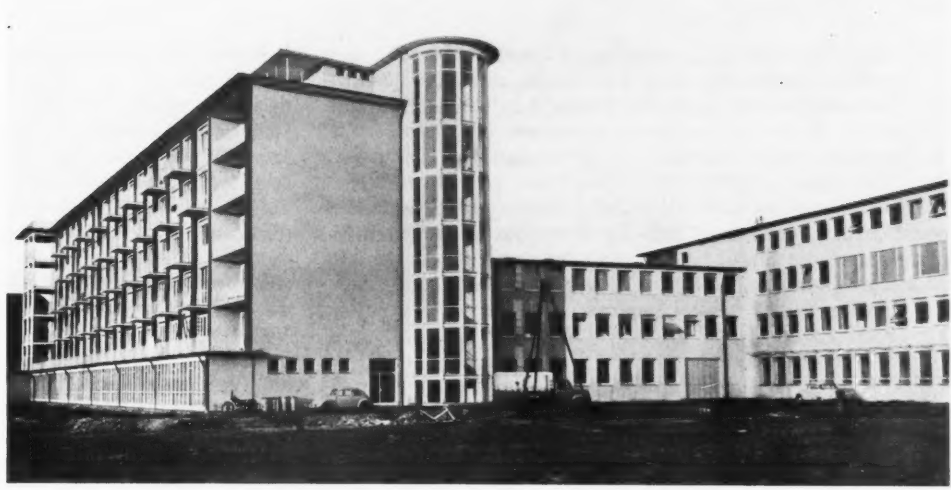
GEVRABON-Kapseln (Vitamin-Mineral-Kombination)
für die Geriatrie
Glas mit 30 Kapseln

GEVRABON-forte (Vitamin-Mineral-Hormon-Kombination)
für die Geriatrie
Glas mit 30 Kapseln

LEDERLE ARZNEIMITTEL

CYANAMID GMBH MÜNCHEN 27 · CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH STOLBERG/RHLD.

UNIVERSITÄT ZU KÖLN



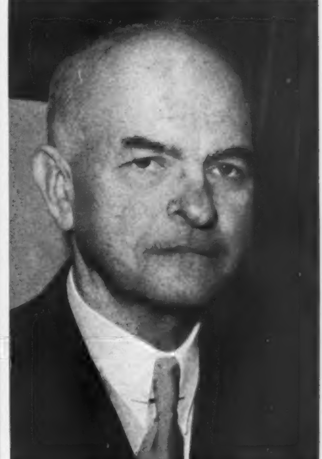
Orthopädische Klinik Köln. Ansicht der Rückfront



Prof. Dr. Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen
Direktor der Univ.-Kinderklinik
* 31. 3. 1903 in Hamburg
Frankfurt/M. 1936, Prag 1941, Hamburg 1945, Köln 1947



Prof. Dr. Mathias Hackenbroch
Direktor der orthopädischen Univ.-Klinik und Poliklinik
* 5. 7. 1894 in Köln
Köln 1925



Prof. Dr. Victor Hoffmann
Direktor der Chirurgischen Univ.-Klinik
* 11. 7. 1893 in Krappitz/Oberschles.
Köln 1924







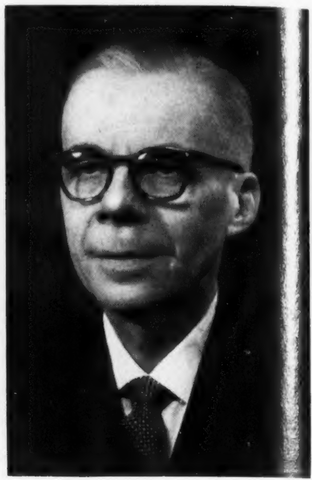
Prof. Dr. Carl Kaufmann
Direktor der Univ.-Frauenklinik
* 21. 8. 1900 in Malmedy
Berlin 1931, Marburg /L. 1946,
Köln 1954



Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. h. c.
Ernst Klenk
Direktor des Physiologisch-chemischen Instituts der Universität
* 14. 10. 1896 in Pfalzgrafenweiler
Tübingen 1926, Köln 1936



Prof. Dr. med. Dr. h. c.
Hugo W. Knipping
Direktor der Medizinischen Univ.-Klinik
* 9. 7. 1895 in Dortmund
Hamburg 1926, Düsseldorf 1934,
Köln 1939



Prof. Dr. Friedrich Lentze
Direktor des Hygienischen Instituts der Universität
* 12. 7. 1900 in Lauban/Schles.
Beuthen 1938, Erlangen 1950,
Köln 1951

Die 1388 gegründete Universität, die am 28. 4. 1798 ihre Tore schloß, war bereits eine Einrichtung der freien Reichs- und Hansestadt *Köln* gewesen. Aus der Medizinischen Fakultät dieser Epoche ragen heraus: *Amplonius Ratingen de Berka* (1364—1435), dessen Bücherstiftung den Grundstock der bekannten Amploniana-Bibliothek in Erfurt bildet; *Petrus Holtzemius* (1570—1651), der Herausgeber der 2. Kölner Pharmakopoe von 1628; *Henricus Botter* (1539—1617), der sich um die Einführung und Verbreitung der Vesalschen Anatomie bemühte; *Heinrich Weyer* (gest. 1591), der Sohn des berühmten Hexenbekämpfers *Johannes Weyer* (1515 bis 1588); *Johann-Georg Menn* (1730—1781), der das Medizinstudium zu verbessern und chemischen Unterricht in Köln einzuführen suchte; schließlich niemand geringerer als *Ferdinand Franz Wallraf* (1748—1824), dem die Stadt Köln den Grundstock ihres berühmtesten Museums und die Universitätsbibliothek eine bemerkenswerte Sammlung verdanken.

Während des 19. Jahrhunderts wurde der Universitätsgedanke unbeirrbar festgehalten, besonders gepflegt durch den Kaufmann und Politiker *Gustav v. Mewissen* (1815 bis 1899). Der Grundstein der jetzigen Universität wurde am 1. 5. 1901 durch die Errichtung der Städtischen Handelshochschule gelegt. Ihr großer Lehrer *Christian Eckert* (1874 bis 1952) setzte die Bestrebungen des 19. Jahrhunderts energisch und organisatorisch fort. Die am 10. 10. 1904 gegründete Akademie für praktische Medizin, der Männer wie *Aschaffenburg, Borst, Hochhaus, Matthes, Minkowski, Moritz, Jores, Tilmann u. a.* angehörten, war ein weiterer Baustein. Verwirklicht wurde die neue Universität 1919 durch den damaligen Oberbürgermeister *Konrad Adenauer* in unermüdlichen Verhandlungen mit den zuständigen Ministerien in Berlin. Auch diese Universität war eine städtische Einrichtung und blieb es noch in jüngster Zeit, bis sie vom Lande Nordrhein-Westfalen übernommen wurde.



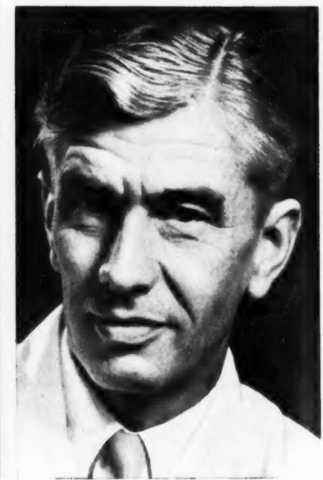
Prof. Dr. Ernst Leupold
Direktor des Pathologischen Instituts der Universität
* 15. 6. 1884 in Plauen/V.
Würzburg 1917, Greifswald 1926,
Köln 1930



Prof. Dr. Werner Scheid
Direktor der Univ.-Nervenklinik
* 22. 7. 1909 in Dortmund
Hamburg 1941, Köln 1950



Prof. Dr. Karl-Friedr. Schmidhuber
Direktor der Univ.-Zahn- und Kieferklinik
* 21. 2. 1895 in Stuttgart
Bonn 1928, Heidelberg 1935,
Köln 1951



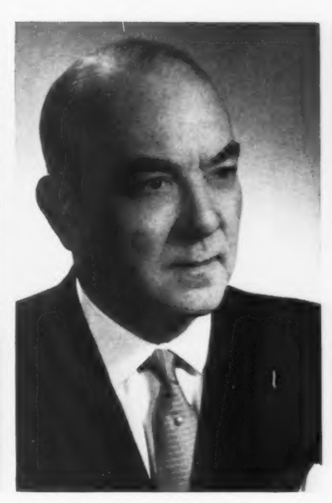
Prof. Dr. Max Schneider
Direktor des Physiologischen Instituts der Universität
* 21. 10. 1904 in Radelfingen/Schweiz
Göttingen 1934, Berlin 1938,
Danzig 1940, Köln 1943



Prof. Dr. Hans Schulten
Direktor der Medizinischen Univ.-Poliklinik
* 25. 7. 1899 in Elberfeld
Hamburg 1930, Rostock 1938,
Köln 1943



Prof. Dr. Max Schwaiger
Direktor der II. Chirurg. Univ.-Klinik
* 26. 10. 1911 in Karlsruhe
Heidelberg 1949, Köln 1956

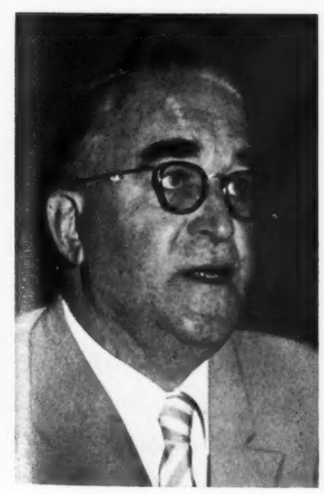


Prof. Dr. Leonhard Seiferth
Direktor der Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklinik
* 23. 6. 1899 in Bad Neustadt/Saale
Köln 1931



Prof. Dr. Rudolf Spanner
Direktor des Anatomischen Instituts der Universität
* 17. 4. 1895 in Metternich b. Koblenz
Kiel 1924, Jena 1938,
Danzig 1940, Köln 1955

Die Medizinische Fakultät setzte personell und in den Einrichtungen die Medizinische Akademie fort. An Gebäulichkeiten stand in erster Linie die Lindenburg zur Verfügung; 1856 als private Irrenanstalt in Benutzung genommen, wurde sie 1872 mit den Mitteln einer Stiftung des verstorbenen Kommerzienrates *Johann Heinrich Richartz* von der Stadt gekauft und bis 1908 zu einem modernen Krankenhausbau umgestaltet. Das Augusta- und Bürger-Hospital, alte Städtische Krankenhäuser, und ein weiteres rechtsrheinisches Städtisches Krankenhaus, das den Bomben zum Opfer fiel, wurden einbezogen. Bis zum Kriegsbeginn 1939 spielte sich der akademische Unterricht in diesen Gebäuden ab. Die letzten anderthalb Jahre des Krieges zertrümmerten durch Luftangriffe die Lindenburg, zerstörten das Bürgerhospital bis auf die Mauern. Zwar wurde die Poliklinik in dem nach und nach wieder errichteten Bürgerhospital abgehalten. Der klinische Betrieb der poliklinischen Institute wurde auf die rechte Rheinseite nach Köln-Merheim verlegt; hier bestehen in den Kasernenbauten des früheren Fliegerhorstes eine Medizinische, eine Chirurgische Klinik, ein zentrales Röntgeninstitut, eine pathologische Anatomie neben zwei städtischen Tuberkulosekliniken. Der Weg bis dorthin von den Hauptstätten der Klinik und des vorklinischen Unterrichts ist zwar weit trotz der günstigen Verkehrsverbindungen. Großangelegte Planungen sollen diese Mängel beheben.



Prof. Dr. Wilhelm Tönnis
Direktor der Neurochirurg. Univ.-Klinik
* 16. 6. 1898 in Dortmund-Kley
Würzburg 1929, Berlin 1937,
Köln 1948



Prof. Dr. Josef Vonkennel
Direktor der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
* 9. 8. 1897 in München
München 1934, Kiel 1937,
Leipzig 1943, Köln 1950

Noch fehlen allerdings Neubauten für die Medizinische, Chirurgische, Hals-Nasen-Ohren-Klinik, für ein Anatomisches, Gerichtsmedizinisches und Medizinhistorisches Institut. Noch sind die Pathologische Anatomie und die Hautklinik in Gebäuden untergebracht, die aus der alten Zeit stammen und die Spuren des Krieges aufweisen. Aber schon haben die Orthopädische, die Augen- und eine spezielle Neurochirurgische Klinik allen modernen Anforderungen entsprechende Neubauten bezogen, schon ist die Infektionsabteilung der Medizinischen Klinik neuerrichtet, sind Kinder- und Nervenkliniken an ihren alten Stellen mit verändertem Gesicht modernisiert neuerstanden. Für das Physiologische, Biochemische und Pharmakologische Institut sind die Ausschachtungen im Gange; eine neue Frauenklinik ist in der Bauplanung.

Die Medizinische Abteilung der Universitätsbibliothek, selbständig in der Lindenburg untergebracht, geht z. T. auf Bestände der alten Universität, der Akademie für Praktische Medizin, des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und des Kölner Ärztlichen Vereins zurück. Nach dem Rationalisierungsplan für die Universitätsbibliotheken Westdeutschlands hat sie die Aufgabe, alle Neuerscheinungen von Bedeutung des Schrifttums auf medizinischem Gebiet zu beschaffen und zu sammeln.

Durch die geplanten Neubauten wird sich bald unweit des sachlichen Universitätsgebäudes mit der modernen eindrucksvollen Plastik des *Albertus Magnus* ein zusammengeballtes Medizinerviertel erheben. Es wird dem Geiste der neuen medizinischen Schule Kölns angepaßt sein, weitere Möglichkeiten der Entfaltung schenken und zu neuen Leistungen verpflichten als eine achtunggebietende Potenz eines Studium generale an einer großstädtischen Universität.

Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. *Leo Norpoth*, Essen, Wallotstr. 19.

Durch **MEGAPHEN**

(N-(3'-Dimethylamino-propyl)-3-chlorphenothiazin)

vielfältige Wirkung auf das Nervensystem: neurovegetative und zentrale Dämpfung



Einige wichtige Indikationen:

Schmerz-, Erregungs- und Krampfzustände.

Vegetative Dystonie.

Erbrechen, Nausea.

Exogene und endogene Psychosen.

Megaphen potenziert Analgetica, Lokalanaesthetica, Hypnotica, Narcotica und ermöglicht die „potenzierte Narkose".

Ausführliche Literatur steht zur Verfügung.

Originalpackungen
Schachtel mit 5 Ampullen zu 2 ccm (2,5%ige Lösung = 0,05 g)
Schachtel mit 5 Ampullen zu 5 ccm (0,5%ige Lösung = 0,025 g)
Röhrchen mit 20 und Glas mit 50 Dragees zu 0,025 g
Schachtel mit 5 Suppositorien zu 0,025 g
Schachtel mit 5 Suppositorien zu 0,1 g
Spezial-Tropfflasche mit 10 ccm einer 4%igen Lösung



»Bayer« Leverkusen

MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE-WITTENBERG



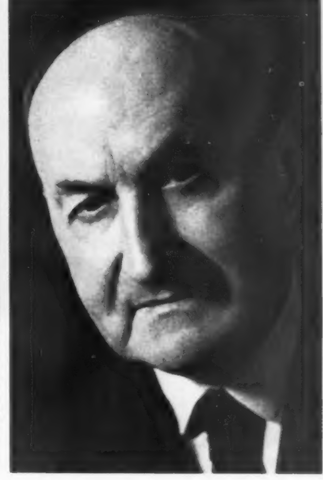
Neubautrakt der Chirurgischen Klinik



Prof. Dr. Günther Badtke
Direktor der Augenklinik
* 13. 3. 1910 in Berlin
Innsbruck 1942, Berlin 1953, Halle/S. 1955



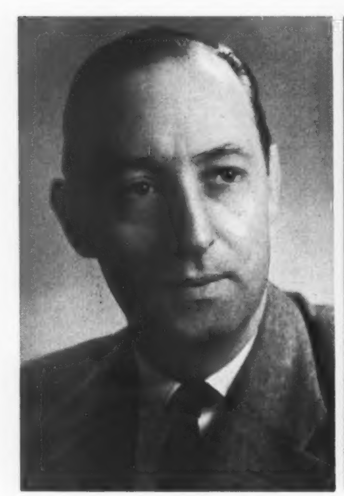
Prof. Dr. Günther Bruns
Direktor des Pathologischen Instituts
* 3. 2. 1914 in Berlin
Jena 1952, Erfurt 1956, Halle/S. 1957



Prof. Dr. Rudolf Cobet
Direktor der I. Medizinischen Klinik
* 2. 3. 1888 in Laasphe/Westf.
Greifswald 1920, Jena 1921, Breslau 1926, Berlin 1932, Halle/S. 1936







Prof. Dr. Joseph Dieckhoff
Direktor der Kinderklinik
* 21. 3. 1907 in Köln
Köln 1939, Düsseldorf 1948, Halle/S. 1950



Prof. Dr. Adolf Eckert-Möbius
Direktor der Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten
* 4. 12. 1889 in Breslau
Halle/S. 1924



Prof. Dr. Theodor Grüneberg
Direktor der Hautklinik
* 5. 3. 1901 in Halle/S.
Halle/S. 1932, Berlin 1942, Halle/S. 1949



Prof. Dr. Wilhelm Grunke
Direktor der II. Medizinischen Klinik
* 5. 6. 1895 in Rostow/USSR
Halle/S. 1931, Breslau 1937, Halle/S. 1954

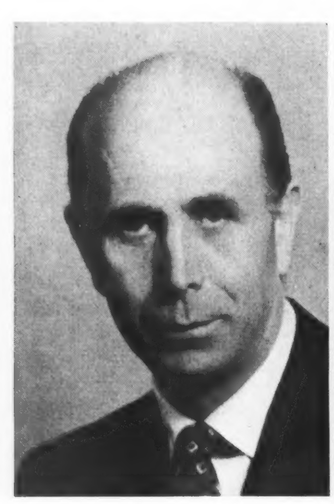
Die von der Münchener med. Wochenschrift 1933 als Jubiläums-Beilage veröffentlichten Bilderreihen von Lehrern der Heilkunde an den deutschen Universitäten hatten damals unter ihrer Leserschaft großen Anklang gefunden, und so kann angenommen werden, daß die Wiederholung einer solchen Bildberichterstattung nach fast einem Vierteljahrhundert mit gleichem Interesse begrüßt werden wird.

Ein besonders schicksalsreicher und stürmisch bewegter Zeitraum ist auch für das Leben an den deutschen Universitäten dahingegangen. Der Krieg mit seinen Schrecken und Zerstörungen machte auch vor ihren Pforten nicht halt. Aus Ruinen mußte vielfach neues Leben entstehen.

Neue Gesichter treten jetzt an die Stelle derer, die früher als Lehrstuhlinhaber zu finden waren. Dies gilt auch für die medizinische Fakultät der einstmaligen Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg, die seit Juli 1933 zur Erinnerung an die 450jährige Wiederkehr des Geburtstages Martin Luthers mit Stolz den Namen Martin-Luther-Universität trägt.

Der Tod hat reiche Ernte gehalten. So sind Namen wie *Emil Abderhalden, Hermann Stieve und Fritz Voelcker,* einst Zierden der Hallischen medizinischen Fakultät von internationalem Ruf, verpflichtende Erinnerung geworden.

Vor schwersten Bombenschäden und Brandwirkungen blieb die Stadt Halle selbst verschont. Das alte Stadtbild blieb erhalten, wenngleich auch noch im letzten Kriegsmonat in der Innenstadt das alte schöne Rathaus einem Bombenangriff zum Opfer fiel. Von den Baulichkeiten der medizinischen Fakultät erlitt bei einem solchen Angriff nur die Frauenklinik schweren Schaden, mit deren Wiederherstellung schon bald nach Kriegsende begonnen werden konnte. Aus den Trümmern entstand eine durch Aufstockung und Anbauten



Prof. Dr. Horst Hanson
Direktor des Physiologisch-Chemischen Instituts
* 5. 6. 1911 Lauchhammer Bez. Cottbus
Halle/S. 1941



Prof. Dr. phil. Dr. med. h. c. Paula Hertwig
Direktor des biologischen Instituts
* 11. 10. 1889 in Berlin
Berlin 1919, Halle/S. 1946



Prof. Dr. Friedrich Holtz
Direktor des Pharmakologischen Instituts
* 6. 10. 1898 in Mölln/Lauenburg
Göttingen 1927, Berlin 1931, Halle/S. 1946



Prof. Dr. Rudolf Koch
Direktor des Instituts für gerichtliche Medizin
* 2. 4. 1909 in Berlin
Münster/Westf. 1942, Halle/S. 1947



Prof. Dr. Joachim L e w k e
Direktor des Anatomischen Instituts
* 4. 7. 1916 in Klein Raddow/Pommern
Greifswald 1950, Jena 1952, Halle/S. 1955



Prof. Dr. Bernd L u e k e n
Direktor des Physiologischen Instituts
* 8. 8. 1908 in Rüstringen/Oldenburg
Berlin 1938, Halle/S. 1946



Prof. Dr. Franz M ö r l
Direktor der Chirurgischen Klinik
* 6. 11. 1899 in Kastenblatt/Böhmen
Leipzig 1948, Halle/S. 1956

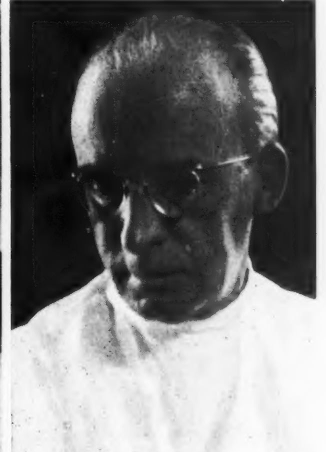


Prof. Dr. Karl P ö n i t z
Direktor der Psychiatr. und Nervenklinik
* 27. 2. 1888 in Leipzig
Halle/S. 1921

erweiterte schöne moderne Klinik, die den erhöhten Anforderungen der Jetztzeit durchaus entspricht.
Als in den folgenden Jahren der Umbau zur Modernisierung der Chirurgischen Klinik mit einem größeren Neubautrakt zur Unterbringung des Ambulatoriums und Bettenstationen begann, die II. Medizinische Klinik erweitert wurde mit anschließendem Neubau für ein Institut für Experimentelle Pathologie, die HNO-Klinik ihre Operationsräume und ihre Ambulanz vergrößerte und die Kinderklinik einen Ambulatoriumsneubau erhielt, da bekam der alte Klinikkomplex auf der „Maillenbreite", auf der in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts die Kliniken errichtet wurden, ein neues Gesicht, aber der Raum ist eng geworden.
Ein Neubau für das Physiologische, Physiologisch-Chemische und Biologische Institut unweit des jetzigen Klinikgeländes wird schon bald erfolgen, und es besteht die begründete Hoffnung, daß weitere dringend notwendige Bauwünsche, so der Dermatologischen Klinik, der I. Medizinischen Klinik und des Pathologischen Institutes bald ihre Erfüllung finden werden.
Nach Kriegsende wurde die Universität geschlossen. Ihre Wiedereröffnung fand am 10. 4. 1946 statt, etwas später am 14. 5. 1946 eröffnete auch die medizinische Fakultät wieder ihre Pforten, auch hier zunächst mit mancherlei personalen Schwierigkeiten. Auch diese wurden aber bis 1947 durch Neuberufungen und Wiedereinsetzungen behoben.
Die Zahl der Lehrstuhlinhaber wurde von 16 (1933) auf 18 erhöht, hinzu kamen der Lehrstuhl für physiologische Chemie und der für Biologie und Entwicklungsgeschichte.
Der Zustrom der Studierenden war in den ersten Jahren nach dem Kriege fast beängstigend groß, und in den vorklinischen und klinischen Fächern war der Platzmangel in den zu klein gewordenen Hörsälen vielfach ein besorgniserregendes Problem. Jetzt, wo die neugegründeten Medizinischen Akademien eine bessere Verteilung der Studierenden ermöglichen, ist diese Sorge im wesentlichen behoben. War die Gesamtzahl der Studierenden 1932/33 3065, so ist sie im Zeitraum 1956/57 auf 4599 gestiegen. Während 1932/33 682 Medizinstudierende gezählt wurden, beträgt ihre Zahl für 1956/57 961, darunter 181 Zahnmediziner.
So ist die Martin-Luther-Universität und mit ihr auch die medizinische Fakultät zu neuem Leben erblüht.
Der medizinische Unterricht basiert auf einem Beobachtungsgut von seltener Vielseitigkeit, was mit darauf beruht, daß Halles Universität das ausgedehnte mitteldeutsche Industriezentrum zur Umgebung hat. Mit den einzelnen Werken besteht enge medizinische Bindung.
Besonders anregend auch für die medizinische Fakultät ist Halle als Sitz der Deutschen Akademie der Naturforscher, der alten Leopoldina, mit ihren Vorträgen über naturwissenschaftliche und medizinische Forschungsgebiete.
Möge der medizinischen Fakultät ihre über Jahrzehnte gehende harmonische Zusammenarbeit, die beispielhaft genannt werden kann, auch für die Zukunft erhalten bleiben!

J. Wätjen

Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Erwin R e i c h e n b a c h
Direktor der Klinik u. Poliklinik für
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
* [illegible] 8. 1897 in Augsburg
München 1930, Leipzig 1936, Halle/S. 1947



Prof. Dr. W.-Friedrich W i n k l e r
Direktor des Hygienischen Instituts
* 30. 8. 1890 in Dresden
Rostock 1924, Berlin 1928, Halle/S. 1949

FRIEDRICH-SCHILLER-UNIVERSITÄT JENA





Die Universität



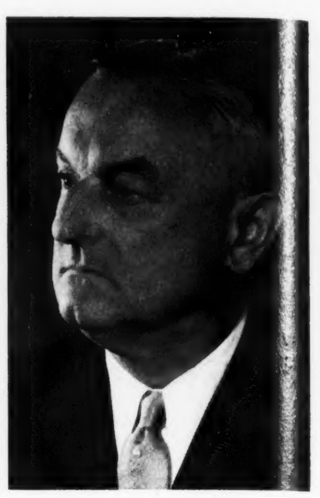
Prof. Dr. Rosemarie Albrecht
Direktor der Univ.-Hals-Nasen-Ohren-Klinik
* 19. 3. 1915 in Cobe/Japan
Jena 1948, Erfurt 1954, Jena 1957



Prof. Dr. Franz Bolck
Direktor des Pathologischen Instituts
* 15. 9. 1915 in Berlin
Leipzig 1950, Jena 1955



Prof. Dr. Walter Brednow
Direktor der Medizin. Univ.-Klinik und der Univ.-Tuberkuloseklinik
* 13. 2. 1896 in Berlin
Göttingen 1930, Jena 1947



Prof. Dr. Gustav Döderlein
Direktor der Universitäts-Frauenklinik
* 19. 5. 1893 in Leipzig
Berlin 1927, Jena 1946

Die Vorhalle der Universität barg die *Rodin*sche Bronzebüste der Athene. Über ihr stand der Schillervers: Nur dem Ernst, den keine Mühe bleichet, rauscht der Wahrheit tiefversteckter Born. Beide Mahnung früher und heute. — Als Kurfürst *Johann Friedrich* 1558 für Wittenberg Ersatz suchte, wählte er das Winzer- und Handelsstädtchen im Wiesentale der Saale, reizvoll von Weinbergen und waldigen Hängen umgeben: Ein „Musensitz" von ausnehmender Eignung. Hier wurde 400 Jahre gelehrt und geforscht, oft im stillen, oft weithin reichend. Lächelnd sprach man wohl vom „vicus academicus"; aber auch von dem vielflächigen Kristall, in dem Sterne und Feuerblitze aller geistigen Entwicklungen immer bald abgespiegelt, bald wieder hinausgestrahlt wurden. Tradition, ja Enge wechselte mit Aufgeschlossenheit. Es gab Geistesfürsten, Charakterköpfe, Sonderlinge, Eigenbrödler und Käuze: Polymorphia academica! Behagliches Bürgerleben einte sich mit dem der Professoren und Studenten, die „allerschönste Freiheit" genossen. Jena stand oft im Mittelpunkt des deutschen Studentenlebens: Freiheitskriege, Burschenschaftsgründung, Wartburgfest. Helle und trübe Zeiten wechselten, damit Zahl der Professoren und Studenten, damals wie später. Ihrer Abertausende haben Jenas dankbar und innig gedacht.

360 Jahre trug Jena den Namen des Gründers. 1918 namenlos geworden, wurde es 1936 von der Hitlerregierung neu Friedrich-Schiller-Universität benannt.

Gleich bei der Gründung gab es die Medizinische Fakultät, bedeutsam durch den ersten Rektor *Schroeter* (1513—1593): trefflicher Gelehrter, pflichttreuer Arzt (Pestepidemie), geschickter Diplomat: er erreichte die kaiserliche Bestätigung der Gründung des besiegten Kurfürsten. *Rolfinck* (1599 bis 1673), Anatom, und *Hamberger* (1697—1755), Physiologe, reihten sich ruhmvoll an. Nach dem „Aufbruch der Naturwissenschaften" traten *Loder* (1753—1832), Anatom, und *Hufeland* (1762—1836), Kliniker, besonders hervor, beide europäische Berühmtheiten, auch sie, nicht ohne angegriffen und umstritten zu werden. Immer galt und gilt der Vers *Fitgers* (Gesang der Werkleute): Es sangen zu Zion mit trotzigem Laut die Männer, derweil sie den Tempel gebaut, den Tempel der Weisheit, das heilige Haus; wann endet das Lied, wann klinget es aus? Jahrhunderte kamen, Jahrhunderte floh'n — wie die Väter gefallen, fällt heute der



Prof. Dr. Hermann Eitner
Direktor des Instituts für physik. Therapie
* 6. 1. 1910 in Erfurt
Jena 1949



Prof. Dr. med. dent. Gerhard Henkel
Direktor der Univ.-Klinik u. Poliklinik für Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten Abteilung f. Prothetik u. Kieferorthop.
* 26. 3. 1915 in Leipzig
Leipzig 1950, Jena 1951



Prof. Dr. Heinrich Hofmann
Direktor des Pharmakologischen Instituts
* 17. 10. 1909 in Buchholz/Erzgebirge
Leipzig 1942, Jena 1948



Prof. Dr. Wolf-Dietrich v. Keiser
Direktor d. Inst. f. Röntgenologie und Strahlenheilkunde
* 9. 11. 1909 in Worms
Jena 1943



Prof. Dr. Hellmuth Kleinsorge
Direktor der Medizin. Univ.-Poliklinik
* 12. 4. 1920 in Bonn-Beuel
Jena 1950



Prof. Dr. Heinrich Kuntzen
Direktor der Chirurgisch. Univ.-Klinik
* 11. 1. 1893 in Hann. Münden
Leipzig 1929, Jena 1951



Prof. Dr. Rudolf Neubert
Direktor des Instituts für Sozialhygiene
* 31. 1. 1898 in Dresden
Dresden 1950, Jena 1952



Prof. Dr. Friedrich Schwarz
Direktor des Physiologischen Instituts
* 17. 7. 1913 in Gera
Posen 1943, Leipzig 1945, Jena 1951

Sohn. Wir bauen und fechten, von Feinden umdräut, und mischen den Mörtel mit Blute noch heut'.
Die fürstlichen „Nutritoren" haben, stolz auf die Perle ihrer Krone, die Hochschule geschützt und gefördert, trotz des Landes Kargheit. Bald galt dieser, bald jener Fakultät Huld und Interesse. Damit wechselte ihre Wirkungsmöglichkeit. Weit voran steht *Carl August* mit *Goethe*, unserem „Kurator". Beide den Naturwissenschaften zugetan, ebenso der Medizin. Unvergessen ihre Fürsorge für Physik, Geologie, Botanik, Anatomie, Physiologie, Klinik, auch Veterinärmedizin. *Schiller* blieb der Fakultät fern, bald auch der Universität: ihm oblag anderes. Daran schlossen sich die Heroen der Romantik, nicht nur in Dichtkunst und Philosophie, auch in den Naturwissenschaften *(Oken, Schelling, Hegel, Schleiden)*, ferner in der Medizin. Das leitet zur exakten Forschung über. Wo sie lebten und wirkten, in Häusern, auf Wegen, fühlen wir es: saxa loquuntur. — Hilfsmittel dazu schufen *Zeiss-Abbe* und das *Schott*sche Glaswerk. Ohne sie, ohne Physik *(Wien)* und Chemie *(Knorr)* ist nun wissenschaftlicher Fortschritt in den exakten, biologischen und medizinischen Fächern undenkbar.

Jena war für viele Professoren der Medizin Durchgangs-Universität *(Gegenbaur, Verworn, Krehl, Lexer, Magnus, Löhlein)*. Viele aber blieben trotz Berufungen der Universität treu: *B. S. Schultze*-Jena, *Biedermann, Stintzing, Binswanger, Henkel, Guleke*.
Die klinischen Institute entstanden vor etwa 170 Jahren. Klein, wuchsen sie langsam; einige stammen aus den letzten Jahrzehnten. Der 2. Weltkrieg hat viel zerstört. Notdürftig ausgebessert, fehlt es an Raum. Weiteres Flickwerk ist Verschwendung. Eine „Klinikstadt" vor den Toren ist sorgfältig geplant: drängende Zukunftshoffnung.
Wenn Jena 1958 sein fünftes Jahrhundert beginnt, gelten Universität und Fakultät viele Hoffnungen und Wünsche. Mögen Lehrer und Studenten der „Goethe- und Schiller-Universität Jena", gerade in unserer Erkenntniswende — einer wahrhaften Götterdämmerung der Wissenschaft —, der Faustworte, auch unserer Arbeit Leitspruch, gedenken: Nur der verdient sich Freiheit wie das Leben, der täglich sie erobern muß.

Prof. Dr. med. *J. Grober*



Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Werner Streuer
Direktor der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
Abteilung f. zahnärztliche Chirurgie u. konservierende Zahnheilkunde
* 15. 10. 1908 in Berlin
Jena 1954



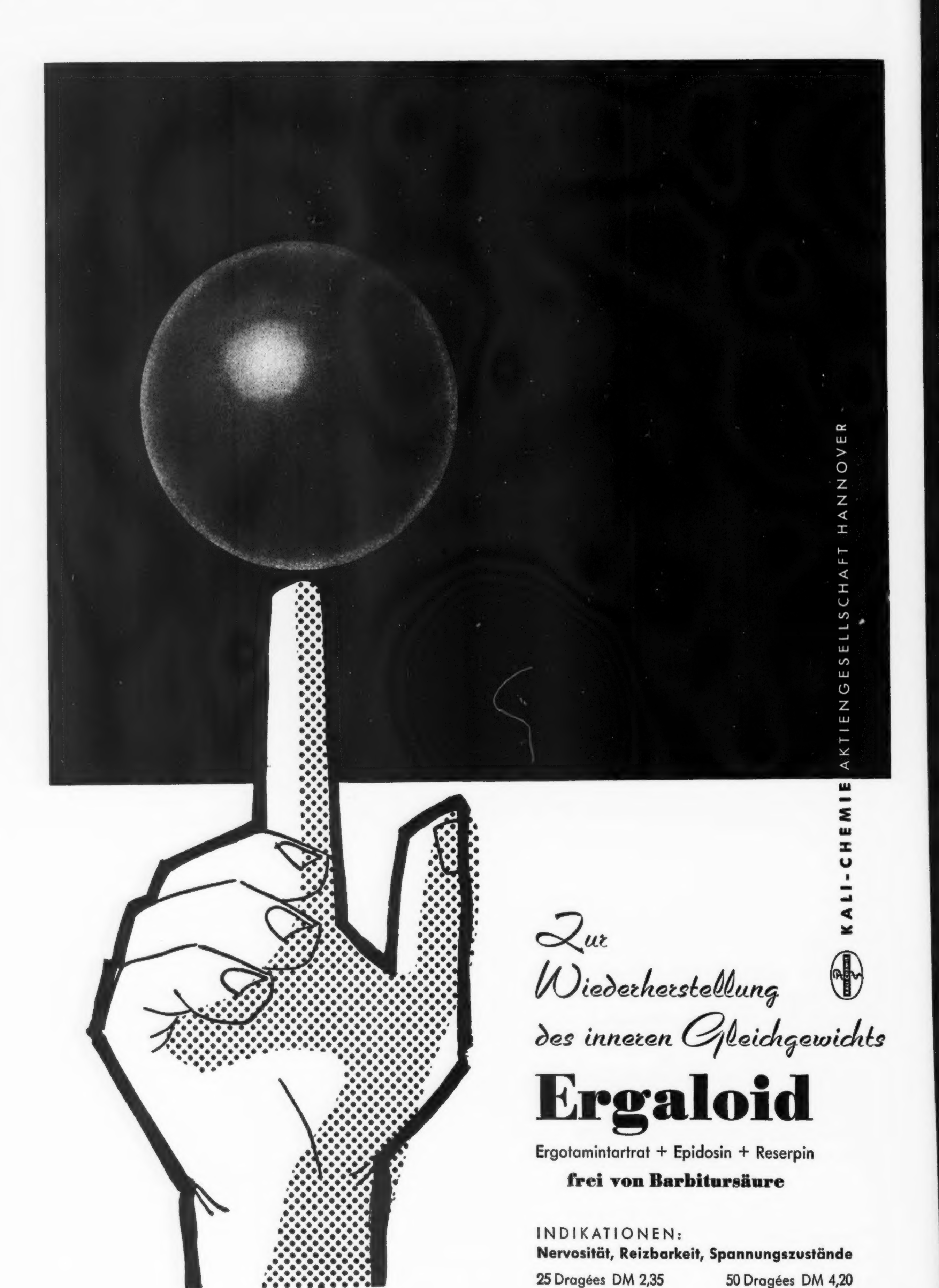
Prof. Dr. Heinz Urbach
Direktor des Hygiene-Instituts
* 23. 1. 1910 in Neuß/Rh.
Jena 1943, Greifswald 1949, Jena 1952



Prof. Dr. Hermann Voss
Direktor des Anatomischen Instituts
* 13. 10. 1894 in Berlin
Rostock 1923, Leipzig 1927, Posen 1941, Halle 1948, Jena 1952



Prof. Dr. Bernhard Zorn
Direktor des Physiologisch-chemischen Instituts
* 31. 1. 1891 in Magdeburg
Jena 1946


KALI-CHEMIE AKTIENGESELLSCHAFT HANNOVER
Zur Wiederherstellung des inneren Gleichgewichts
Ergaloid
Ergotamintartrat + Epidosin + Reserpin
frei von Barbitursäure
INDIKATIONEN:
Nervosität, Reizbarkeit, Spannungszustände
25 Dragées DM 2,35
50 Dragées DM 4,20



1973–1996

M

W. Bick
G. Doma
A. Herr
K. Kolle
P. Marti

Allein

Bezug

Nr. 52

ORIGIN

E. WOL
mit herz

H FISCH
ACTH-Be

G. THAI

E. MOH
Allmentä

Münch. med. Wschr.

Münchener Medizinische Wochenschrift

Schriftleitung: H. Spatz und W. Trummert, München 38, Eddastraße 1
Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul-Heyse-Straße 26/28
Alleinige Anzeigen-Annahme: Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstraße 13 — Fernsprecher 89 60 96

Bezugsgebühren: Vierteljährlich DM 6.40. Vorzugspreis für Studenten und Ärzte in nicht vollbezahlter Stellung DM 4.80 zuzüglich Postgeld

Nr. 52 MÜNCHEN, DEN 27. DEZEMBER 1957 99. JAHRGANG

INHALTSVERZEICHNIS

ORIGINALAUFSÄTZE UND VORTRÄGE

Fortsetzung auf der Lasche



Mü
Me
W

hriftleit
ldastr. 1
eyse-Str
räfelfing

ünchen,

. WELLE
eber un
iagnosti

. NIEDE
igene O

. DENE
peratio

. RECH:
der Fau

W. EHR

W. RÖK
erufes i

. STRO

H. JESS

M. A. S

uchbesp
Was erw
E. Mis
Stomato
Schlaf du
— H. H
Ref. G.
nstrume
Ref. T.

Kongres
Verein
Wien,
Selbstb

Hochsch
Verweil
der Sch
Kranke
Wien. –
— Nik
Tagung
nachric
Berichti

Anzeig
Übersi
verzei
schneid

W

Münchener Medizinische Wochenschrift

Schriftleitung: H. Spatz und W. Trummert, München 38, ...idastr. 1. · Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul-Heyse-Str. 26/28. · Anzeigen-Verwaltung Karl Demeter, Gräfelfing vor München, Würmstraße 13, Tel. 89 60 96.

München, 27. Dezember 1957 — 99. Jahrgang, Heft 52

Aussprache

Fragekasten

REFERATE

Kritische Sammelreferate

KLEINE MITTEILUNGEN

Was bringen die nächsten Hefte?

Siehe rückwärtige Lasche

Indikationstafel

Conjunktivitis

Ophtopur-Augentropfen

„Zincum boricum in isotonischer Borsäurelösung mit Campher u. Adrenalin."



DR. WINZER
Konstanz

Periphere Durchblutungsstörungen

Extranit (Salhumin-Fußbad)

hergestellt aus Aesculin, Saponin, Gerbstoffen, natürlichem Moor mit verstärktem Gehalt an wasserlöslichen Huminsäuren mit Salicylsäure



BASTIAN-WERK G.M.B.H.
München-Pasing

Seborrhoe

Criniton

Das juckreizstillende, antimykotische, allergiefreie Therapeutikum gegen Haarbodenerkrankungen enthält: Acid. salicyl., Thymol, Chlorophyll. äth. u. fette Oele, Alkohole u. Sulfonate.

Packungen zu 100 ccm DM 2.— (K. P.)
Packungen zu 200 ccm DM 3.80 (O. P.)

„Dermat. Wochenschrift" 1939/Nr. 40; „Ärztl. Praxis" 1951/Nr. 37; „Therapie der Gegenwart" 1952/Heft 4; „Zeitschrift für Haut- u. Geschlechtskrankheiten" 1953/Heft 12; „Deutsches Med. Journal" 1953/Heft 17/18; „Deutsche Mediz. Wochenschrift" 1953/Heft 35; „Mediz. Monatsschrift" 1956/Heft 5.



Dr. Atzinger & Co. K. G.
Pharm. Fabrik Passau

Thrombose-Prophylaxe

Vasotonin

Roßkastanie + Arnika + Vitamin-B-Komplex

Handelsform:				
	Kapseln	OP. 20 Stück	DM 1,95	o. U.
	Kapseln	OP. 40 Stück	DM 3,20	o. U.
	Tropfen	OP. 10 ccm	DM 1,80	o. U.
	Tropfen	OP. 20 ccm	DM 2,95	o. U.
	Tropfen	OP. 125 ccm	DM 16,35	o. U.
	Klinikpackungen			



MERZ & Co. · Chem. Fabrik
Frankfurt a. M.

Zeitschriften-Übersicht

Die Medizinische (1957), Nr. 48

Losse, H. u. Fritsch, M. (Med. Univ.-Klinik, Münster, Westf.): Die Bedeutung des Flüssigkeits- und Elektrolytausgleichs in der Therapie der Niereninsuffizienz. S. 1777.

Köle, W. u. Moser, H. (Chirurg. Univ.-Klinik, Graz): Die postoperative latente Azidose. S. 1782.

Hettich, U. (Anatom. Univ.-Inst., Heidelberg): Das Verhalten von Milz und Thymus bei Aszites-Tumor-Ratten nach Impfung mit Thymus-Placenta und Milztrockenzellen nach Niehans. S. 1785.

Schmidt-Voigt, J. (Inn. Abt., Städt. Krankenhaus Eppstein, Taunus): Auskultationsbefunde bei Altersveränderungen des Herzens. S. 1790.

Feindt, H. (Staatl. Tbc-Sanatorium, Gauting): Über die Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen Tuberkulosekranker mit Progresin. S. 1795.

Brehme, Th. (Braunschweig, Ludwigstr. 15): Wie helfen wir unseren Kindern in der Krise dieser Zeit. S. 1797.

Medizinische Klinik (1957), Nr. 48

Mundinger, F. (Neurochirurg. Univ.-Klinik, Freiburg i. Br.): Die Diagnostik mit künstlich radioaktiven Isotopen bei raumverdrängenden zerebralen Prozessen. S. 2065.

Eufinger, H. (Chirurg. Univ.-Klinik, Kiel): Frakturen im Rahmen der kleinen Chirurgie. S. 2073.

Reuther, W. J. (Univ.-Klinik für HNO-Krankheiten, Heidelberg): Schwierige Entfernung einer massiven, durch hochgradige Kieferkontraktion eingeklemmten und verlagerten Oberkieferprothese. S. 2077.

Rietschel, H. G. (Inn. Abt., Kreis- und Stadtkrankenhaus, Herford): Über die Wirkung der Regeneresen. S. 2080.

Hangarter, W. u. Bibow, P. (Inn. Abt., Kreiskrankenhaus Bad Oldesloe bei Hamburg): Zur Behandlung der Ischias mit Tropfinfusionen einer Kupfer-Natrium-Salicylat-Komplexverbindung (Permalon). S. 2082.

Sachsse, B. (II. Med. Klinik der Med. Akad., Düsseldorf): Zur Behandlung adipöser Diabetiker. S. 2083.

Fischer, P. u. Schulze, Ch. (Med.-Poliklin. Univ.-Inst., Leipzig): Die Behandlung der vegetativen Dystonie mit dem Guajakolglycerinäther, einem Muskelrelaxans. S. 2085.

Hanke, F. (Beobachtungsstation der Ruhrknappschaft, Gelsenkirchen-Buer): Erfahrungen bei der Behandlung von Sauerstoffmangelzuständen der Lungen mit Micoren. S. 2088.

Kludas, M. (Berlin-Charlottenburg 4, Niebuhrstr. 64): Die Behandlung des Fluor vaginalis mit lebenden Döderlein-Bakterien. S. 2090.

Sperber, E. (Börnsen, Kr. Lauenburg): Behandlung der Agrypnie mit Doroma bei Herz- und Kreislaufkranken der Allgemeinpraxis. S. 2093.

Leuthardt, F. (Physiolog.-Chem. Univ.-Inst., Zürich): Neue Erkenntnisse über die Glukose in biologischer Sicht (zur Arb. von Baumgärtel und Heyde). S. 2094.

Baumgärtel, Tr. u. Heyde, W. (Gräfelfing b. München, Postfach 19): Schlußwort. S. 2096.

La Presse Médicale (1957), Nr. 83

Touraine, A. (7, boulevard Raspail; Paris VII): Epidémiologie de la syphilis et facteurs éventuels de la tendance actuelle à sa recrudescence. S. 1851.

Fabre, H. et R. (Laborat. de Physiologie, Fac. de Méd., Bordeaux): Remarques sur le principe et l'exactitude des méthodes de mesure de la pression artérielle. S. 1854.

Brenier, J.-L. (4, rue Dr. Bally; Grenoble): Le praticien devant les problèmes actuels de cancérologie chirurgicale. S. 1857.

Josserand, A. †, Revol, L. et Thouverez, J.-P. (7, Qu. Tilsitt, Lyon): Coagulations veineuses disséminées, non phlébitiques, à poussées successives d'étiologie indéterminée. S. 1859.

Degos, R. u. Mitarb. (Hôp. Saint-Louis, Paris X): Confrontations Thérapeutiques: Dermatologie. S. 1865.

Dupuy, A. (120, Boulevard Saint-Germain; Paris VI): Jules Renard devant la maladie et la mort. S. 1873.

(1957), Nr. 84

Payet, M. et Armengaud, M. (École Préparatoire de Méd. et de Pharmacie, Dakar, Sénégal): Étude clinique et pathogénique du cœur chez les grands anémiques et dans certains états myocardiques séquelles. A propos de 38 observations d'anémies tropicales graves et de 12 cas de myocardie post-anémique. S. 1877.

Mélotte-Athmer, A. (Vught, Holland): L'accouchement «sans douleur» par une préparation psychoprophylactique. Une étude historique et psychiatrique. S. 1881.

Porchet, A. (Sanatorium Grimmialp, Schweiz): Les iléo-urétéro-plasties. S. 1884.

Arvay, N. (12, rue Néva; Paris VIII): Atlas de radiologie clinique. 97. — L'uclère peptique post-opératoire. S. 1886a.

Breton, J. et Mars, F. (120, Boulevard Saint-Germain, Paris VI): Une anorexie qui n'était pas «mentale». S. 1888.

Degos, R., De Graciansky, P., Sidi, E. et Tubiana, R. Hôp. Saint-Louis, Paris X): Confrontations thérapeutiques: Dermatologie. S. 1889.

Pizon, P. (67, avenue Georges-Mandel; Paris XVI): Sur les méthodes statistiques en biologie. S. 1897.

(1957), Nr. 85

Cottet, J., Enselme, J. et Lemaire, A. (Clinique Thérapeutique, Hôp. Saint-Antoine, Paris XII): Le syndrome biochimique lipido-protéinique d'un animal résistant à l'athérosclérose: le rat. Pourquoi étudier le syndrome lipido-protéinique du rat? S. 1899.

Colson, J.-A. u. Mitarb. (Services médicaux, Hôp. Militaire Jean-Vial, Casablanca, Maroc): La place de la métacortandracine dans le traitement de l'hépatite ictérigène. Comparaison avec le traitement classique. S. 1903.

Lutier, F. et Dalbeuf, R. (Service de Méd., Hôp. d'Elbeuf, Seine-Inf.): Essai de traitement par la polymixine des gastro-entérites infantiles à «Escherichia coli» résistant aux autres antibiotiques. S. 1905.

Strumza, M. V. (120, Boulevard St.-Germain; Paris VI): La mécanique respiratoire et sa régulation. S. 1907.

Gandin, J. (Hôp. Maritime, Sidi-Abdallah, Tunisie): Lipomatose congénitale systématisée du membre supérieur. S. 1911.

Montête, P. (120, Boulevard Saint-Germain; Paris VI): Conduite à tenir à l'égard des calculs intrahépatiques. S. 1912.

Dupuy, A. (120, Boulevard Saint-Germain; Paris VI): La maladie et la mort chez les paysans, d'après Jules Renard. S. 1919.

The Lancet (1957), Nr. 7005

Brown, R. G., Davidson, L. A., McKeown, T. a. Whitfield, A. G. W. (Dept. of Social Med., Univ. Birmingham): Coronary-artery Disease. S. 1073.

Morrison, B. u. Mitarb. (St. Mary's Hosp., London, W. 2): Acute Lower-respiratory Infections in Childhood. S. 1077.

Glynn, L. E., Holborow, E. J. a. Johnson, G. D. (Special Unit for Juvenile Rheumatism, Canadian Red Cross Mem. Hosp., Taplow, Bucks): The Distribution of Blood-group Substances in Human Gastric and Duodenal Mucosa. S. 1083.

Johnstone, A. S. a. Sumerling, M. D. (Dept. of Radiodiagnosis, Univ. Leeds): Combined Barium Meal and Cholecystography. S. 1089.

Summerskill, W. H. J. a. Crabbé, J. (Central Middlesex Hosp., London): Effect of Amphenone Therapy on Urinary Excretion of Aldosterone and Sodium in Hepatic Cirrhosis with Ascites. S. 1091.

Davidson, W. S. (Western Australia): Lead Poisoning in Nine Members of a Family. S. 1096.

Fortsetzung Seite VI

NEUE PRÄPARATE

Kurze Hinweise auf Zusammensetzung, Wirkungsweise, Indikationen, Normalpackung und Preise o. U. Literaturverzeichnis auf Anfrage

ANTIMYCIN-FORTE wird in einer hautaffinen Salbe vom W/O-Typ, als Tinktur (50%ige alkoholische Lösung) und unter der Bezeichnung Antimycin-forte Liquidum in einem flüssigen Polyaethylenglykol-Vehikel geliefert, ferner als Puder in kohlehydratreicher Grundlage. Die Präparate wurden auf eine Konzentration von 400 Gamma Antimycin/ccm eingestellt. Im Puder beträgt die Konzentration 200 gamma/ccm. Auf Anforderung wird ein Superkonzentrat alkoholischer Lösung geliefert.
Nagelmykosen. Interdigitalmykosen, Ekzeme mykotischer und mikrobieller Genese, Pyodermien.

Salbe	22 g	DM 2,50;	42 g	DM 4,70;
Liquidum	10 ccm	DM 1,50;	50 ccm	DM 4,80;
Tinktur	10 ccm	DM 1,70;	30 ccm	DM 3,70;
Superkonzentrat	10 ccm	DM 9,—;	30 ccm	DM 17,25;
Puder	50 g	DM 2,40.		

Borkent-Pharmazie, Düsseldorf-Benrath.

GERIOPTIL pro injectione (nur zur intramuskulären Injektion).
1 Ampulle zu 5 ccm enthält: 2% Novocain (eingetragenes Warenzeichen der Farbwerke Hoechst AG), 5,0 mg Vitamin B_1, 2,0 mg Vitamin B_2, 2,5 mg Vitamin B_6, 20,0 mg Nikotinsäureamid, 3,0 mg Natrium-Pantothenat, 10,0 mg Inosit, 20,0 mg Paraaminobenzoesäure, 450,0 mg Vitamin C.
Alle Formen der Arteriosklerose, einschließlich Zerebralsklerose mit senilem Parkinsonsyndrom und Altersdepressionen, alle Formen der senilen Arthropathie, chronische Emphysembronchititis mit asthmoidem Einschlag, zur Rehabilitation nach apoplektischem Insult und Herzinfarkt auf arteriosklerotischer Grundlage. Zur Prophylaxe von Alters- und vorzeitigen Abnutzungserscheinungen, zur Unterstützung bei verschiedenen Therapieformen im Alter, bei verzögerter Erholung und zur Resistenzsteigerung.
Kontraindikation: Gleichzeitige Sulfonamidtherapie.

	6 Ampullen	DM 7,60
Gerioptil-Kapseln	25 Kapseln	DM 4,30
	100 Kapseln	DM 14,40

Arzneimittelwerk Fischer, Bühl/Baden.

PARABROX. 1 Tablette enthält: Aluminiumglycinat (Dihydroxy-Aluminiumaminoaceticum) 0,9 g, Magnesiumcarbonat 0,1 g.
Physiologischer Säureregler, stellt das Milieu des Magens auf einen therapeutisch erwünschten pH-Bereich von 3,5—4,5 ein. Die Tabletten läßt man langsam im Munde zergehen. Dadurch kommt es zu einem „gleichmäßigen Zutropfen" des oberflächenaktiven Aluminiumhydroxyd-Gels und des antazid-spasmolytischen Glycins, wodurch ein das Mageninnere homogen netzender Doppelschutz entsteht. Ein abgestimmter Zusatz von Magnesium carbonicum levissimum beugt etwaiger Obstipation vor, ohne jedoch Alkalisierung folgen zu lassen.
Hyperazidität (Sodbrennen), Ulcus pepticum, Gastritis.
Packung mit 20 Tabletten DM 2,40.
Gesellschaft für Chemische Spezialpräparate m.b.H., Berlin SO 36.

RESEDORM. 0,85% Diallylbarbitursäure, 1,45% Diaethylbarbitursäure, 0,33% Phenylaethylbarbitursäure, 0,09% Phenylaethylamin, Extr. Flor. Hum. Lup., Extr. Flor. Lavand., Corrig.
Durch verschiedenartig wirkende unterschwellig dosierte Barbiturate mehrschichtig wirksames Nervinum, Sedativum und Hypnotikum.
Nervöse Störungen, wie Angst- bzw. Erregungszustände und Reizbarkeit, Ein- und Durchschlafstörungen jeglicher Genese, Neurasthenie, Depressionen usw.
Flasche mit 125 ccm DM 1,55.
Paul Lappe, Chem.-Pharm. Fabrik, Bensberg bei Köln.

ULTOX enthält: Magn. carbonic. 45 mg; Bismuth. subnitric. 230 mg; Magn. usta 225 mg; Natr. bicarbonic. 225 mg; Cort. frangul. pulv. 45 mg; Rhiz. Calami pulv. 225 mg; Herba Absinthii pulv. 2 mg; Flor. Calendulae pulv. 1 mg; Herba polygoni avic. pulv. 3 mg; Herba Bursae pastoris pulv. 1 mg; Fel. Tauri pulv. 5 mg; Amylum solub.
Ulcus ventriculi et duodeni, Hypersekretion, Gastro-Enteritis.
Vorzüge: Ambulante Behandlungsmöglichkeit, baldige Schmerzbeseitigung, gute Verträglichkeit. Nebenwirkung: Eine leichte Dunkelfärbung der Exkremente hat keine nachteiligen Folgen. Treten event. während der Sommermonate Durchfälle auf, kann die Dosierung vorübergehend angepaßt werden.

Packung mit 20 Tabletten	DM 2,45,
Packung mit 40 Tabletten	DM 4,50,
Packung mit 100 Tabletten	DM 9,60.

Borkent-Pharmazie, Düsseldorf-Benrath.

Zeitschriften-Übersicht

Fortsetzung von Seite IV

Revue Française d'Études Cliniques et Biologiques (1957), Nr. 9

Dubert, J.-M. (Service de Biochemie Cellulaire, Inst. Pasteur, Paris XV): La tolérance immunitaire. S. 889.

Soulier, J.-P. (Centre Nat. de Transfusion Sanguine, Paris XV): Nomenclature des facteurs de coagulation. S. 892.

Scheidegger, J.-J. et Buzzi, C. (Policlinique Univ. de Méd., Service «E. Martin», Genève): Étude immuno-électrophorétique des gamma-globulines. S. 895.

Lamy, M., Frézal, J. et de Grouchy, J. (Clinique de Génétique Médicale, Fac. de Méd., Hôp. des Enfants-Malades, Paris XIV): Résultats d'une enquête sur l'hérédité du diabète sucré. S. 907.

Bernard, J., Mathé, G. et Weil, M. (Centre de Recherche de l'Association Claude-Bernard, Hôp. Hérold, Paris XIX): Traitement par le E 39 des hémopathies malignes chroniques et d'autres affections tumorales. S. 920.

Nicolle, P. (Inst. Pasteur, Paris XV): Les bactériophages et la lysotypie. S. 929.

Vieuchange, J. (Inst. Pasteur, Paris XV): Culture des tissus en dialyse et utilisation de cette technique en virologie. S. 962.

American Journal of Obstetrics and Gynecology (1957), Nr. 5

Bartelmez, G. W. (Dept. of Embryology, Carnegie Inst., Washington): The Phases of the Menstrual Cycle and their Interpretation in Terms of the Pregnancy Cycle. S. 931.

Klein, L. a. Carey, J. (Inst. of Obstetrics and Gyn., Postgraduate Med. School, Univ. London): Total Exchangeable Sodium in the Menstrual Cycle. S. 956.

Latour, J. P. A. a. Davis, B. A. (Dept. of Obstetrics and Gyn., McGill Univ., Montreal, Quebec): A Critical Assessment of the Value of X-Ray Therapy in Primary Ovarian Carcinoma. S. 968.

Bovard, R., Schaeffer, F. C. a. Behringer, F. R. (Dept. of Pathology and Obstetrics-Gyn., Allentown Hosp., Allentown, Pa.): Malignant Brenner Tumor. S. 977.

Epstein, J. A., Levinson, C. J. a. Kupperman, H. S. (Endocrine Clinic, Beth Israel Hosp., New York): Ovarian Adrenal Rest Tumor (Masculinovoblastoma) Simulating Adrenal Virilism. S. 982.

Kasilag, F. B. a. Rutledge, F. N. (Univ. of Texas M. D. Anderson Hosp., Houston, Tex.): Metastatic Breast Carcinoma in the Ovary. S. 989.

Lang, W. R. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Jefferson Med. College Hosp., Philadelphia): Benign Cervical Erosinon in Nonpregnant Women of Childbearing Age. S. 993.

Lang, W. R., Rakoff, A. E., de Narvaez, F. a. Tatarian, G. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Jefferson Med. College and Hosp., Philadelphia, Pa.): Regression, Recurrence, and Regression of Epithelial Atypism of the Cervix as Indicated by Cyctologic Smear, Colposcopic Findings, and Schiller Iodine Staining. S. 1000.

Galt, C. E. Jr. (St. Francis Hosp., Carlsbad, N. Mex.): Fibroid of the Cervical Stump. S. 1005.

Horn, W. S. a. Ashworth, C. T. (650 Fifth Avenue, Fort Worth, Texas): Evaluation of Methods for Obtaining Cervicals Smears for Cytology and the Introduction of an Improved Scraper for Obtaining Surface Cells. S. 1007.

Tischler, L. P. (Dept. of Gyn., Ellis Hosp.): A New Cervical Biopsy Punch Forceps. S. 1011.

Cohen, M. R. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Michael Reese Hosp., Chicago, Ill.): A New Self-retaining and Self-adjusting Patency Cannula. S. 1013.

Glenner, R. J. (Dept. of Obstetrics and Gyn., College of Med., Univ. of Illinois, Chicago): An Improved Vaginal Hysterectomy Clamp. S. 1016.

Hellman, L. M., Tricomi, V. a. Gupta, O. (State Univ. of New York College of Med., New York City): Pressures in the Human Amniotic Fluid and Intervillous Space. S. 1018.

Wirtschafter, Z. T. a. Williams, D. W. (Research Laborat., Veterans Administration Hosp., Portland, Oregon): The Dynamics of Protein Changes in the Amniotic Fluid of Normal and Abnormal Rat Embryos. S. 1022.

Kennan, A. L., Bell, W. N., Creskoff, A. a. Bachman, C. (Dept. of Physiological Chemistry, Serv. Memorial Inst., Madison 6, Wis.): The Pathologic Physiology of the Clotting Mechanism in Eclampsia. S. 1029.

Farris, C. Jr. a. Krupp, P. J. (Independent Unit, Div. of Obstetrics and Gyn., Charity Hosp. of Louisiana, New Orleans, La.): Antihypertension Therapy in Toxemia of Pregnancy. S. 1043.

Raab, W. (Univ. of Vermont, College of Med., Burlington, Vt.): Prognostic Pretoxemia Test in Pregnancy. S. 1048.

James, W. F. B. a. Johnson, A. P. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Meharry Med. College, Nashville, Tenn.): Toxemia of Pregnancy: A new Treatment for Controlling Edema. S. 1054.

Quigley, J. K. (Obstetrical Dept. of the Rochester Gen. Hosp., Rochester, N. Y.): Hydatidiform Mole and Toxemia of Pregnancy. S. 1059.

Boyd, A. Jr., Stoddard, F. J. a. Pierce, D. F. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Milwaukee Hosp., Milwaukee, Wis.): Lupus Erythematosus Simulating Toxemia of Pregnancy. S. 1062.

Gordon, C. A. (Brooklyn Committee on Maternal Welfare, Brooklyn, N. Y.): Reduction of the Perinatal Mortality of Cesarean Section. S. 1066.

Pedowitz, P. and Schwartz, R. M. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Jewish Hosp., Brooklyn, N. Y.): The True Incidence of Silent Rupture of Cesarean Section Scars. S. 1071.

Sotto, L. S. J. a. Archambault, R. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Millard Fillmore Hosp., Buffalo, N. Y.): Indications for Hysterectomy in Postpartum Hemorrhage. S. 1082.

Klempner, E., Kaplan, S., Shapiro, L. a. Oppenheimer, G. (Dept. of Obstetrics and Gyn. and Urology, Mount Sinai Hosp., New York): Ureterolithotomy During Cesarean Section. S. 1089.

Tricomi, V. a. Kohl, S. G. (Dept. of Obstetrics and Gyn., State Univ. New York, College of Med., New York City): Fetal Death in Utero. S. 1092.

Keymer, E., Silvat-Inzunza, E. a. Coutts, W. E. (Obstetric Clinic, School of Med., Santiago, Chile): Contribution to the Antenatal Determination of Sex. S. 1098.

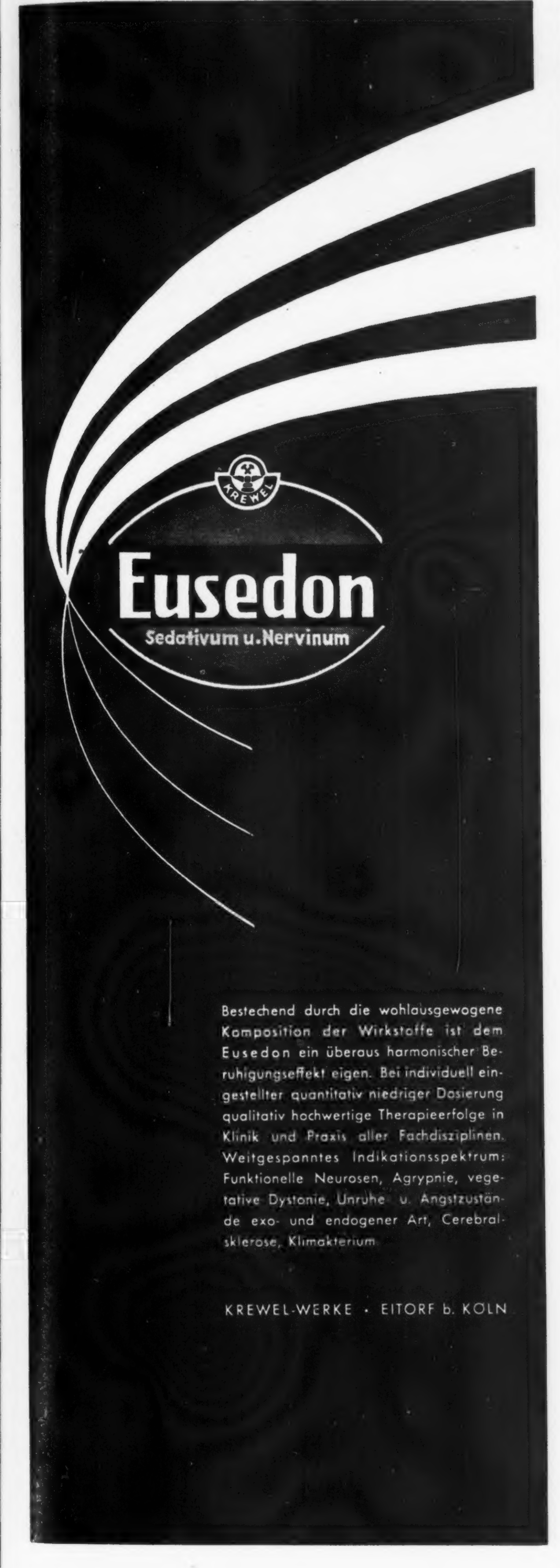
Cody, M. L. a. Uetzmann, I. F. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Baylor College of Med., Houston, Texas): Amniotic Bands as a Cause of Intrauterine Fetal Death. S. 1102.

Kent, B. K., Rubin, S. a. Dann, D. S. (Dept. of Radiology and of Obstetrics, Menorah Med. Center, Kansas City, Mo.): Oligohydramniosis in Relation to Roentgen Signs of Fetal Death. S. 1106.

Galos, G. a. Surks, S. N. (Dept. of Anesthesiology, Long Island Jewish Hosp., New Hyde Park, N. Y.): Cardiorespiratory Arrest in the Newborn Treated by Cardiac Massage. S. 1108.

Gamble, Th. O. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Albany Med. College, Union Univ., Albany, N. Y.): Report of Cystic Hygroma of the Newborn Infant Causing Dystocia. S. 1112.

Fortsetzung Seite XXVIII



Originalien-Verzeichnis

mit Dezimalklassifikation zum Ausschneiden

DK 616.127 - 005.8 - 085
E. Wollheim, Zur Behandlung des Myokardinfarkts mit herzwirksamen Glykosiden. Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1973—1975.

DK 615.361.814.3 - 015.17 ACTH
H. Fischer, Nil nocere! Zwischenfälle bei der ACTH-Behandlung. Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1975—1977.

DK 616.988.75 - 084
G. Thaller, Schützt Vitamin B_{12} vor Grippe? Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1977—1978.

DK 616.153.963.43 - 053.3
E. Mohr, Über eine Ursache der Zyanose junger Säuglinge: Alimentäre Nitrat-Methämoglobinämie. Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1978—1979.

DK 616.12 - 008.318 - 085.711.692 Esbericard
H. Layer, Klinische Erfahrungen bei der Behandlung von Rhythmusstörungen des Herzens mit dem injizierbaren Crataegusextrakt Esbericard. Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1980—1982.

DK 615.711.692 - 092.259 Esbericard
H. Daweke und H. Giertz, Zur Pharmakologie von Crataegusextrakten (Esbericard). Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1983—1984.

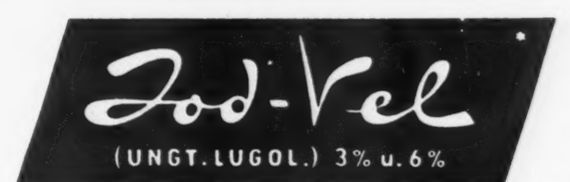
DK 92 Nocht, Bernhard
E. Martini, Bernhard Nocht 1857—1945. Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1985.

DK 616.21 - 008.4
A. Witzel, Immanuel Kant über die Bedeutung der normalen Nasenatmung. Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1986—1987.

DK 616.36 - 072.5
E. Weller und M. Lepp, Die Blindpunktion der Leber und ihre Bedeutung für die klinische Diagnostik. (Schlußwort auf die Erwiderung von *H. Gros* in der Münch. med. Wschr., 1957, Nr. 38, S. 1376). Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1987—1988.

DK 174.2 : 179.1
F. Niedermayer, Bemerkungen zu dem Revue-Artikel „Eine Frau fotografierte ihre eigene Operation".
V. Deneke, Bemerkungen zu dem Revue-Artikel „Eine Frau fotografierte ihre eigene Operation". Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1988—1989.

DK 174.2 : 179.1
H. Rech, Der Geist der Medizin . . . oder Faustdickes. Münch. med. Wschr., 99 (1957), 52, S. 1989—1990.



Das überragende Malaria-Mittel **Resochin®** hat in den letzten Jahren bei Erkrankungen des Bindegewebes therapeutisch überrascht. Offenbar greift Resochin auch im rheumatischen Zwischengewebe an.

Der Krankheits-Verlauf ist aber ganz anders als bei der Chemotherapie mit zellulärem Angriffspunkt.

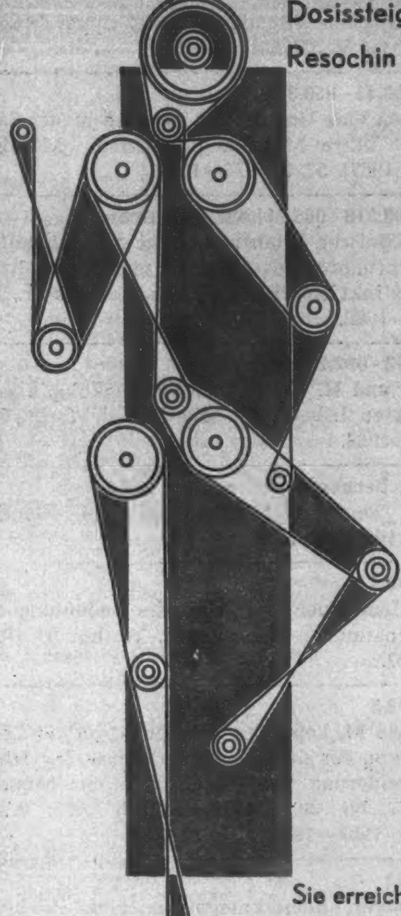
Beachten Sie bitte:

Resochin muß täglich eingenommen werden

Erfolge treten erst nach wochenlanger konsequenter Behandlung ein

Dosissteigerungen beschleunigen die Wirkung nicht

Resochin wirkt auch, wo andere Antirheumatica versagt haben



Wir empfehlen:

Die Therapie im Zwischenraum!

Sie erreichen mit Resochin:

Rückgang der Schmerzen, Schwellungen, erhöhten BSG

Besserung der subjektiven Beschwerden, Muskelkraft, Beweglichkeit

Selbst fortgeschrittene, schon jahrelang bestehende Gelenkdeformitäten werden mobilisiert!

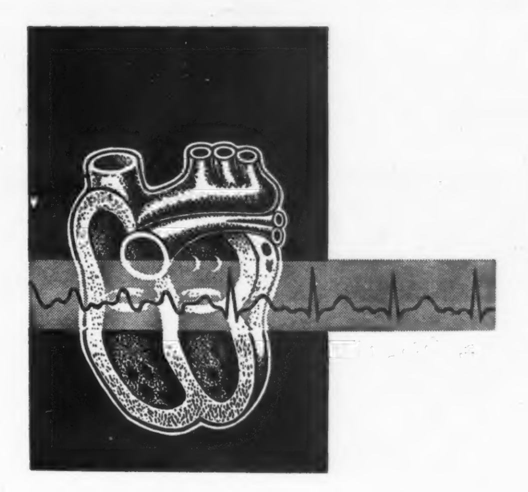
Besonders wesentlich ist die gute Verträglichkeit des Resochin, die bereits bei Millionen Malaria-Kranker bestätigt wurde.

O. P.: 10, 30 und 100 Tabletten
Resochin (= Chloroquindiphosphat)
Durchschnittliche Tagesdosis 1 Tablette

In nächster Zeit werden wir Sie auf dem Postwege noch eingehender informieren.
Bitte achten Sie auf unsere **Resochin-Aussendungen.**



»Bayer« Leverkusen



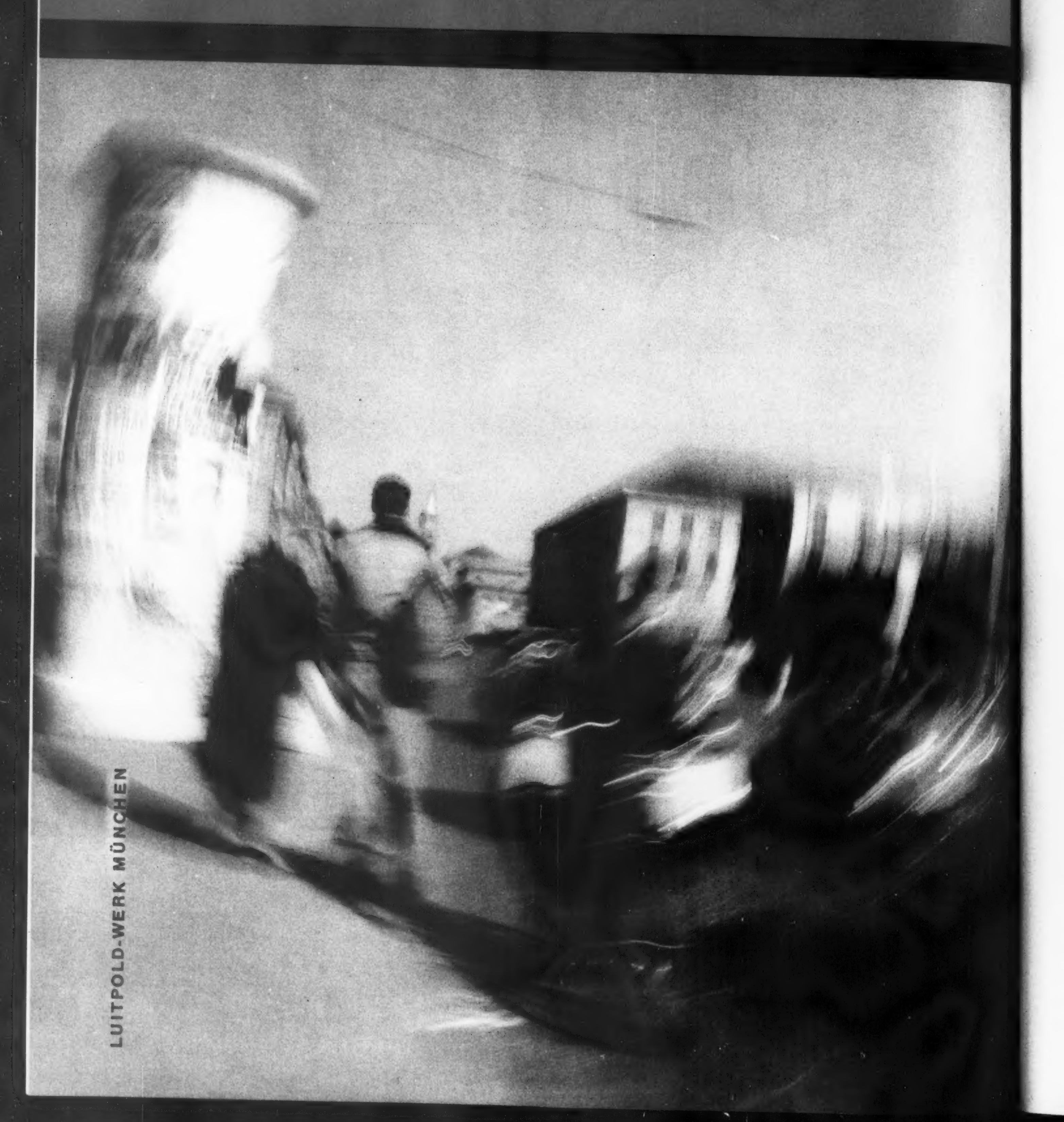

Bei Leber- und Gallenerkrankungen
Cholagutt
Frischpflanzenauszüge
cholagog
spasmolytisch
analgetisch
O. P. zu 10 ccm und zu 30 ccm
CHEMISCHE WERKE ALBERT WIESBADEN-BIEBRICH



MÜNCHEN

Breitband-Enzymatikum

LUITPOLD-WERK


LUITPOLD-WERK MÜNCHEN

HOMBURG

Zur percutanen Therapie
entzündlicher Erkrankungen der Atemwege



O. P.
Tube ca. 20 ccm DM 1,80 o. U.

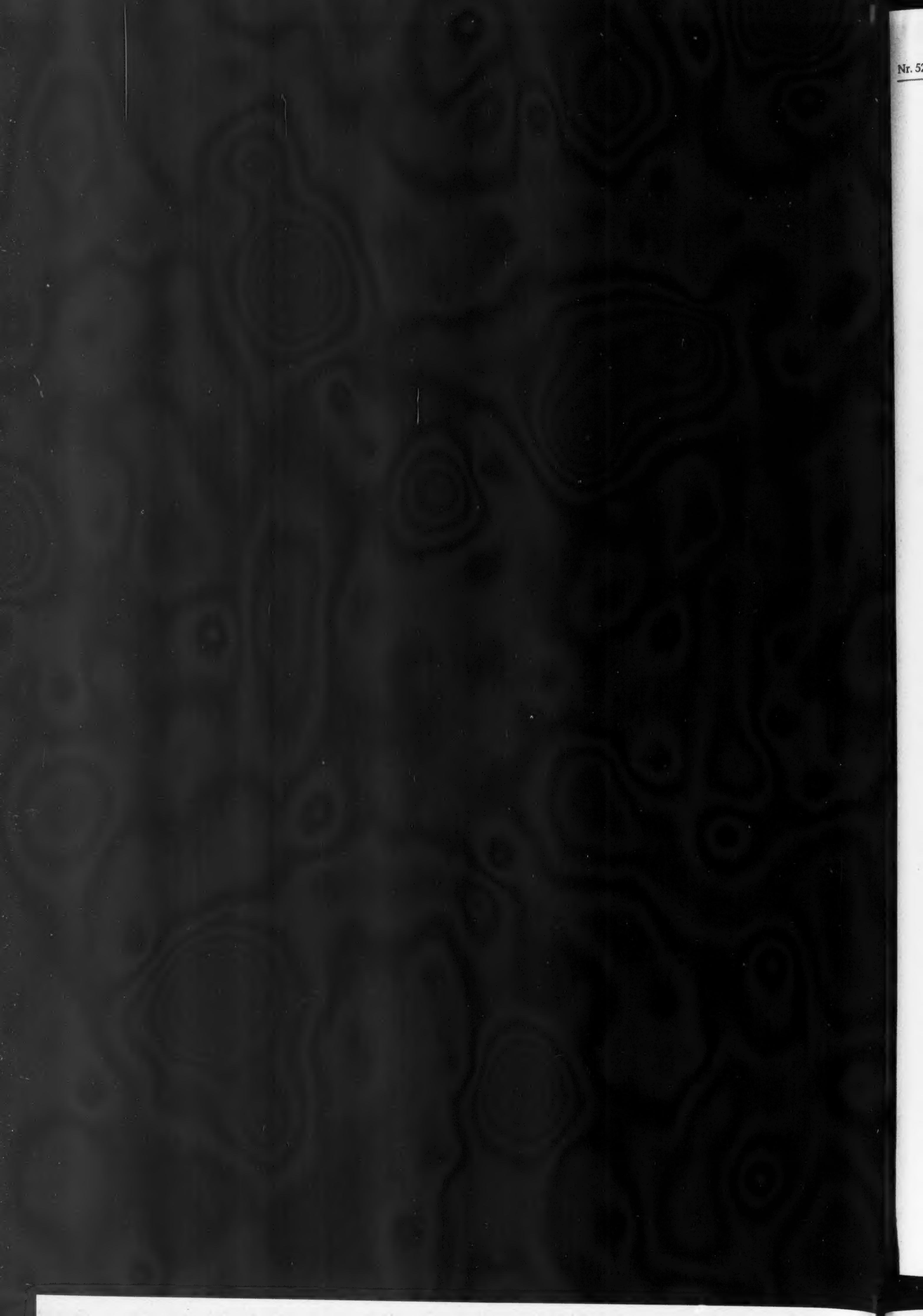
Chemiewerk HOMBURG Aktiengesellschaft
Frankfurt am Main



















Die Insel

Eigener Weg

Gute Tage, schlechte Tage,
Nimm sie hin und frag nicht viel,
Leg die guten auf die Waage,
Laß die schlechten aus dem Spiel.
Sieh, die guten wie die schlechten
Schenken uns nur karge Frist.
Wolle mit dem Glück nicht rechten
Unter Herren, unter Knechten
Bleibe immer, der du bist.

Helmuth Richter, Göppingen a. d. Fils.

Wie Berlin seinen Dr. *Heim*, so hatte Potsdam 100 Jahre später seinen Dr. *Körbin*, um die Jahrhundertwende in seinem grauen Pelerinenmantel ein stadtbekanntes Original. Er war berühmt durch seine fabelhaften Diagnosen und wurde oft genug als „letzter Retter" geholt. Man sagte von ihm, daß er in sein Stethoskop den ganzen inneren Menschen einfing und einen untrüglichen ärztlichen Blick hatte. „Stillen Sie selbst Ihr Kind?", fragte er eine Gräfin, die ihn — nach vielen Autoritäten selbstverständlich zu ihrem von Gehirnkrämpfen befallenen Säugling gerufen hatte. „Nein, eine Amme." „Gehen wir in ihr Zimmer", und da zog er die Schnapsflasche unter dem Bett heraus. „Schmeißen Sie das Biest 'raus, und das Kind wird gesund. Das Kind hat keine Gehirnkrämpfe, das Kind ist besoffen." Einmal hatte er zwei übereinanderliegende Etagen gemietet. „Ich kann das Getrappel über mir nicht leiden, deshalb lasse ich die Wohnung da oben leer stehen und mein Diener schmeißt bloß von Zeit zu Zeit ein Brot für die Mäuse rein." Meist hauste er primitiv. Aber immer hatte sein Sprechzimmer eine Hintertür, durch die er entwischen konnte, während vorn die Patienten warteten. Diese kannten seine Eigenheit und nahmen sie ihm weiter nicht übel. Als er starb, hatte er ein Trauergefolge wie ein König und die Potsdamer Ärzteschaft feierte ihn in Nachrufen als einen ihrer Besten.

Dr. *W. K.*

Franz Karl Naegele (1778—1851), der berühmte Heidelberger Geburtshelfer, der sich besonders um die Lehre vom schräg und quer verengten Becken verdient gemacht und das Schloß an der Zange verbessert hat, war ein völlig von der Geburtshilfe besessener Arzt. *E. C. J. von Siebold* berichtet, daß *Naegele* überhaupt nur für sein Fach lebte und daß alle seine Gedanken sich immer nur um dasselbe drehten. Denn als er mit ihm den Fidelio sah und die Sängerin *Schröder-Devrient* alles durch ihr wunderbares Spiel hinriß, rief *Naegele*, neben *Siebold* sitzend, aus: „Sehr schön, sehr schön", fügte aber gleich leise hinzu: „Freund, glauben Sie wirklich, daß der Kopf des Kindes jemals im geraden Durchmesser des Beckeneingangs zur Geburt sich stellen könne?"

Dr. *W. K.*

Schizophrene Patientin

Eine schizophrene Patientin wird von mir gefragt, ob sie schon einmal in nervenärztlicher Behandlung war. Die Antwort lautete: „Ja, ich bin sogar sehr gut behandelt worden. Man hat mich elektrisch geschrubbt." (Gemeint war geschockt.)

V. N. Lpzg.

Prof. *Dumreicher* in Wien operierte Sehnenscheidenganglien mittels eines „Stiefelknechtes", den er hinter dem Rücken hielt und mit dem er dann plötzlich auf die vorgehaltene Hand des Patienten schlug, wodurch sich das Ganglion ins umgebende Gewebe entleerte — damit war die etwas primitive, den Patienten verblüffende „Operation" beendet.

Mu Dr. *J. P.*

In einem amerikanischen Patentmedizinbüro lief folgender Brief ein: „Ich verstehe Ihre Unverschämtheit nicht, wie Sie diese wertlose Medizin für fünf Dollar verkaufen können!" — Der Boß rief seinen Gehilfen und sagte: „Streichen Sie die Worte ‚Ihre Unverschämtheit' und ‚wertlose' und dann legen Sie den Brief zu den Anerkennungsschreiben."

EHA

Wendepunkt

Das alte Jahr wird abgeschlossen,
ein neues rückt bereits heran.
So ist das: Wenn die Zeit verflossen,
fängt sie sofort von vorne an.

Haugwitz

Zeitschriften-Übersicht

Fortsetzung von Seite VI

American Journal of Obstetrics and Gynecology (1957), Nr. 5

Schoenfeld, R. C. (St. Elizabeth's Hosp., Brighton, Mass.): Management of Postpartum Constipation with Dioctyl Sodium Succinate. S. 1114.
Ganser, H. I. a. Walsh, F. J. (Dept. of Obstetrics and Gyn., St. Elizabeth's Hosp., Chicago, Ill.): Postpartum Subperitoneal Hematoma. S. 1116.
Friedman, E. A. (Dept. of Obstetrics and Gyn., College of Physicians and Surg., Columbia Univ., New York): Synthetic Oxytocin. S. 1118.
Ruch, W. A. a. Ruch, R. M. (Baptist Mem. Hosp., Memphis, Tenn.): A Preliminary Report on Dihydrocodeine-scopolamine in Obstetrics. S. 1125.
Salvatore, J. E. (Div. of Women, Hahnemann Med. College and Hosp., Philadelphia, Pa.): A New Instrument for Ligation of the Umbilical Cord. S. 1130.
Williams, Ph. C. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Provedent Hosp., Chicago, Ill.): Bilateral Tubal Pregnancy. S. 1132.
Bobrow, M. L., Posner, A. C. a. Friedman, S. (Dept. of Obstetrics and Gyn., Harlem Hosp., New York): A Successful Pregnancy After Endometrial Tuberculosis. S. 1136.
Compton, B. C. a. Bazin, F. J. (Baltimore City Hosp., Baltimore, Md.): Subcutaneous Emphysema in Early Pregnancy. S. 1141.
Wills, S. A. (Dept. of Surg., Emory Univ. School of Med., Atlanta, Ga.): Intestinal Obstruction Associated with a Hiatus in the Broad Ligament. S. 1143.
Frech, H. C. a. Landier, L. R. Jr. (Georgia Infirmary, Savannah, Ga.): Injuries to the Bowel as the Result of an Enema. S. 1146.
Symmonds, R. E., Pratt, J. H. a. Ellis, F. H. (Section of Obstetrics and Gyn., Mayo Clinic, Rochester, Minn.): Ruptured Enterocele. S. 1150.

The American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine (1957), Nr. 5

Cantril, S. T. (Tumor Inst., Swedish Hosp., Seattle, Washington): The Contributions of Biology to Radiation Therapy. S. 751.
Hilbish, T. F. (Diagnostic X-ray Dept., Clinical Center, Nat. Inst. of Health, Bethesda, Md.): Roentgen Manifestations of Malignant Melanoma. S. 769.
Krantz, S., Berger, I. a. Brown, P. F. (Veterans Administration Hosp., Atlanta, Ga.): Results of Treatment of Carcinoma of Lower Lip. S. 780.
Roth, M. (Radiolog. Service, Veterans Administration Hosp., San Francisco, Calif.): Adenoid Cystic Carcinoma of the Oral Cavity, Paranasal Sinuses, and Upper Respiratory Tract. S. 790.
Lasser, E. C. a. Tetewsky, H. (Diagnostic X-ray Dept., Roswell Park Memorial Inst., Buffalo, N. Y.): Metastasizing Giant Cell Tumor. S. 804.
Okinaka, S. u. Mitarb. (Fac. of Med., Univ. Tokyo, Dept. of Radiology): A Case Report on the Development of Biliary Tract Cancer Eleven Years after the Injection of Thorotrast. S. 812.
Quimby, E. H. a. Cohen, B. S. (Dept. of Radiology, College of Physicians and Surg., New York, N. Y.). Effects of Radiation Quality, Target-axis Distance, and Field Size on Dose Distribution in Rotation Therapy. S. 819.
Nice, Ch. M. (Dept. of Radiol., Univ. of Minnesota Med. School, Minneapolis, Minn.): Development and Transplantation of Locally Radioresistant Mouse Lymphoma. S. 831.
Van den Brenk, H. A. S. (Dept. of Applid Physiology, Royal College of Surg. of England, Melbourne, Australia): The Effect of Ionizing Radiations on the Regeneration and Behavior of Mammalian Lymphatics. S. 837.
Moss, W. T. (Dept. of Radiol., Northwestern Univ., Chicago, Ill.): The Effect of Irradiating the Exteriorized Small Bowel on Sugar Absorption. S. 850.
Concannon, J. P. a. Bolhuis, F. (Dept. of Radiol., Columbus Hosp., Chicago, Ill.): Studies with a Modified Collimator for Use with Scintillation Counter for Total Body Scanning. S. 855.
Aubin, P. M. St., Kniseley, R. M. a. Andrews, G. A. (Med. Division, Oak Ridge Inst. of Nuclear Studies, Oak Ridge, Tennessee): External Irradiation of the Thyroid Gland in Dogs. S. 864.
Warshaw, S. D. a. Oldfield, D. G. (Dept. of Physics, Hebrew Univ. of Jerusalem, Israel): Pretherapeutic Studies with the Chicago Synchrocyclotron. S. 876.
Rugh, R. a. Wolff, J. (Dept. of Radiology, College of Physicians and Surg., Columbia Univ., New York 32): Hematologic Recovery of Adult and Weanling Rats Following whole Body Roentgen Irradiation. S. 887.

The American Journal of Surgery (1957), Nr. 5

Cole, F. (Lincoln, Nebraska): When Do Patients Die? S. 685.
Gilman, R. A., Skowron, C. A. R., Musser, B. G. and Bailey, C. P. (Hahnemann Med. College, Philadelphia, Pennsylv.): Partial Anomalous Venous Drainage. S. 688.
Conn, J. H. a. Sparkuhl, K. (Dept. of Surg., Veterans Administration Center, San Marino, Calif.): Arterial Homografts. S. 695.
Jones, Th. W., Stevenson, J. K., Jesseph, J. E., Nyhus, L. M. a. Harkins, H. N. (Dept. of Surg., Univ. of Washington School of Med., Seattle, Wash.): The Effect upon Free Hydrochloric Acid Production of Heidenhain Pouches with Variation in Size and Position of a Gastrojejunostomy Stoma. S. 705.
Hale, H. W. Jr. a. Cosgriff, J. H. Jr. (Dept. of Surg., Edward J. Meyer Mem. Hosp., Buffalo, N. Y.): Pseudomembranous Enterocolitis. S. 710.
Dooley, B. N., Dordon, Wm. B. a. Tuttle, L. L. D. (Dept. of Surg., Methodist Hosp., Houston, Texas): Massive Gastrointestinal Hemorrhage of Undetermined Origin. S. 718.
May, A. M. (San Francisco, Calif.): Postgastrectomy Hemorrhage. S. 723.
Rice, C. O., Strickler, J. H. a. Weckwerth, V. (Minneapolis, Minnesota): A Statistical Analysis of the Fluid and Electrolyte Requirements of Surgical Patients. S. 727.
McKenna, J. V. (Dept. of Industrial Engineering, Syracuse Univ., Syracuse, N. Y.): The Case for Motion and Time Study in Surgery. S. 730.
Leventhal, G. S. (Philadelphia, Pennsylv.): Titanium for Femoral Head Prosthesis. S. 735.
Gay, W. I. (National Inst. for Health, Bethesda, Maryland): Prosthetic Replacement of the Mid-shaft of the Radius of the Dog. S. 741.
Jocson, C. T. (Dept. of Orthopedic Surg., Jersey City Med. Center, Jersey City, N. J.): Fractures of the Shaft of the Tibia in Adults Treated with Multiple Wire Fixation. S. 747.
Arneill, J. R. (Arneill Med. Center, Denver, Colorado): Investigation of Promethazine in a General Surgical Practice. S. 757.
Beattie, J. L. (Dept. of Surg., Univ. of Nebraska College of Med., Omaba, Nebraska): The Embryologic Basis for the Clinical Manifestations of Midgut Volvulus. S. 762.
Granth, E. G. (Dept. of Surg., Univ. of Louisville Med. School, Louisville, Kentucky): Management of Injury to the Head in Patients with Multiple Injuries. S. 768.
Morse, L., Krynski, B. a. Wright, A. R. (Surg. Staff, Queens Hosp. Center, Jamaica, New York): Acute Perforation of the Gallbladder. S. 772.
Van Prohaska, J., Govostis, M. C., Harms, H. P. a. Evans, S. O. (Chicago, Ill.): Jejunogastric Intussusception Following Subtotal Gastrectomy. S. 776.
Lichtman, A. L. (New York Policlinic Med. School, New York): The Use of Trypsin (Intramuscular) in the Treatment of Edema Due to Intestinal Anastomosis. S. 781.
Derrick, J. R. a. Howard, J. M. (Whitehead Dept. of Surg., Emory Univ. School of Med., Atlanta, Ga.): Emphysema of One Lung Associated with Atresia of the Contralateral Pulmonary Artery. S. 784.
Gartman, E. (Urolog. Section, U. S. Army Hosp., Fort Still, Oklahoma): Torsion of the Spermatic Cord in Adult Scrotal Testes. S. 787.
von Deilen, A. W. a. Cox, J. B. (Philadelphia, Pennsylv.): Immediate Replacement of Tissue Losses from Hand or Wrist by Means of Bipedicled Cross Arm Flaps. S. 790.
Magrath, J. L. (Upper Darby, Pennsylvania): Relief of Ascites with or without Anasarca, a New Procedure. S. 794.
Knuth, W. P. a. Walske, B. R. (Helena, Montana): Gas Gangrene of the Abdominal Wall Following Appendectomy. S. 798.
Jackson, A. S. (Jackson Clinic, Madison, Wisconsin): Splelectomy in Sarcoidosis. S. 802.
Case, Th. C. (New York, N. Y.): Adrenalectomy in Advanced Cancer of the Breast. S. 806.
Steenburg, H. G. a. Clough, D. M. (Dept. of Surg., Robert Packer Hosp., Sayre, Pennsylv.): Primary Hodgkin's Disease of the Stomach. S. 808.
Cantlin, M. L., Maioriello, J. J. a. O'Sullivan, W. (Dept. of Surg. and Pediatrics, Misericordia Hosp., Philadelphia, Pennsylv.): Congenital Pulmonary Cyst. S. 812.
Hansen, R. W. a. Williams, F. R. (Missoula, Montana): Retroperitoneal Rupture of the Duodenum Due to Blunt Trauma. S. 816.
Weiner, J. J. a. Sala, A. M. (New York): Intussusception of the Appendix Due to Carcinoma. S. 820.
Gaisford, J. C., Fronduti, L. J. a. Medlock, J. B. (Pittsburgh, Pennsylv.): One-Stage Reconstruction of Abdominal Wall. S. 825.
Tidler, H. S. a. Miller, J. M. (Surg. Service, Veterans Administration Hosp., Fort Howard, Maryland): Retrocecal Hernia. S. 829.
Clohisy, W. A. Jr. (Dept. of Surg., Stritch School of Med., Chicago, Ill.): A Swelling of the Round Ligament Resembling an Acutely Incarcerated Infuinal Hernia. S. 832.

The Journal of the American Medical Association (1957), Nr. 9

Havens, W. P. jr. (Jefferson Med. College, Philadelphia): Etiology and Epidemiology of Viral Hepatitis. S. 1091.
Ratnoff, O. D. (Dept. of Med., Western Reserve Univ. School of Med., Cleveland): Posthepatitic Cirrhosis. S. 1096.
Meislin, J. (Veterans Administration Hosp., Montrose, N. Y.): Management of Somatic Complications in Psychiatric Patients. S. 1107.
Ernstene, A. C. (Cleveland Clinic Foundation, Cleveland): Explaining to the Patient. S. 1110.
Andrews, G. C. u. Mitarb. (Dept. of Dermatology, College of Physicians and Surg., Columbia Univ., New York): Hemangiomas-treated and Untreated. S. 1114.
Rostenberg, A. Jr. (Dept. of Dermatology, Univ. of Illinois College of Med., Chicago): The Allergic Dermatoses. S. 1118.
Svanborg, A. a. Sölvell, L. (II. Med. Klinik, Sahlgren's Hosp., Göteborg, Schweden): Incidence of Disseminated Lupus Erythematosus. S. 1126.
Saslaw, M. S. (4250 Flagler St.; Miami, Fla.): Case Registry for Rheumatic Fever and Glomerulonephritis. S. 1129.
McDonald, J. E. a. Caygill, W. M. (Dept. of Ophthalmology, Univ. of Illinois, Oak Park, Ill.): The Unrealiability of Tactile Tension. S. 1131.
Counts, R. W., Magill, G. B. a. Sherman, R. S. (Dept. of X-ray Diagnosis and Chemotherapy Service, Mem. Center and Allied Diseases, New York): Death from Intra-abdominal Hemorrhage Simulating Reaction to Contrast Medium. S. 1134.

Zuschriften für Anzeigen und Beilagen sind zu richten an:
Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung
Gräfelfing v. Mchn., Würmstr. 13, Tel. 896096

Kleine Anzeigen

Anzeigenpreis für die einspaltige Millimeterzeile DM —.75
für Stellengesuche DM —.50

Für die chirurg.-gynäkologische Abteilung des Frauenkrankenhauses Regensburg (Chefarzt Dr. Ritter) wird durch Aufrücken in eine selbständige Stelle ein

Assistenzarzt

gesucht. Chirurgische Fachausbildung möglich. Einstellung erfolgt unter Angleichung an Vergütungsgruppe III TO. A. Bewerbungen erbeten an Frauenkrankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg, Lohgrabenstr. 50.

Stellenausschreibung

Am Städt. Krankenhaus in Altötting (270 Betten mit chirurgischer, interner und gynäkologischer Abteilung) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

an der internen Abteilung zum baldigstmöglichen Termin zu besetzen. Die Besoldung bemißt sich nach TO. A Vergütungsgruppe III. Bewerbungen sind mit den erforderlichen Unterlagen bis spätestens 5. Januar 1958 an die Stadt Altötting zu richten. **Stadt Altötting.**

Frauenklinik im Rheinland sucht zum baldigen Eintritt einen

planmäßigen Assistenzarzt

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisabschriften erbeten unter Nr. 33862 an Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstraße 13.

Das **Städt. allgemeine Krankenhaus in Neuötting (Obb.)**, 80 Betten, sucht

Assistenzarzt

Erwünscht sind 2jährige Ausbildung, Kenntnisse in Chirurgie und Innerer Medizin. Gehalt nach TO. A III. Unterkunft im Hause. Bewerbungen sind mit den nötigen Unterlagen bis spätestens 15. 1. 1958 an die **Stadt Neuötting** zu richten.

Assistenzarzt

mit Erfahrung in der Unfallchirurgie zum 1. Januar 1958 für Unfallklinik gesucht. Angestelltenverhältnis nach TO. A III. 6 Monate Probezeit. Nach beendeter Probezeit und entsprechender Bewährung besteht Möglichkeit auf Höhergruppierung nach TO. A II. Bevorzugt werden Herren, die als Facharzt für Chirurgie anerkannt sind.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweisen erbeten an **Nordwestliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft, Sektion I, Hannover, Arnswaldtstraße 28, Personalabteilung.**

Katholisches Krankenhaus (unmittelbare Nähe Düsseldorfs) sucht für baldmöglichst für die chirurgische Abteilung — Unfall-Ambulanz und D-Verfahren — sowie Möglichkeit zur geburtshilflich-gynäkologischen Fortbildung

Assistenzarzt

Vergütung nach TO. A III. Bewerbungen unter Nr. 33866 an Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstraße 13.

Die Heil- und Pflegeanstalt Erlangen, in der Stadt gelegen, stellt umgehend einen

Vertragsarzt

nach Verg.-Gr. TO. A III ein. Gute allgemeinärztliche, neurologische und psychiatrische Ausbildungsmöglichkeiten. Diensteintritt möglichst bis 16. 1. 1958. Bewerbungen bis spätestens 4. 1. 1958 an die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt des Bezirks Mittelfranken in Erlangen, Maximiliansplatz 2, erbeten.

Was bringen die nächsten Hefte ?

H. BOHN u. E. KOCH: **Die intravenöse Behandlung** mit d
Tetracyclin-Reverin.

W. BOLT u. H. VALENTIN: **Die Entwicklung** der diag
stisch-therapeutischen Medizin in den letzten
Jahren und das Problem der durch sie entstande
Kluft zwischen Praxis und Klinik.

G. BUDELMANN: **Zur klinischen Bedeutung** des Gewe
innendruckes für die Kreislaufregulation.

F. BÜCHNER: **Thematik und Methodik der Pathologie**
den letzten 100 Jahren.

M. BÜRGER: **Biomorphose oder Gerontologie?**

G. DOMAGK: **Die Entwicklung der Chemo-Therapie** in
letzten 25 Jahren und Ausblick in die Zukunft.

R. FIKENTSCHER: **Diagnostik und Therapie** der Steril
der Frau.

H. FREYBERGER u. B. KARK: **Gruppentherapie** bei F
suchtkranken.

M. HARTUNG, H. W. KNIPPING, H. VENRATH u. GE
Herz- und Altersprobleme im tropischen südam
kanischen Hochgebirge.

L. HEILMEYER u. H. BEGEMANN: **100 Jahre** Hämatolo

F. HOFF: **Die Entwicklung der Lehre von der** Inne
Sekretion.

P. MOLLARET: **Neueste Fortschritte in der** Pathologie u
Therapie der Poliomyelitis.

NAUCK: **Die Entwicklung der Tropenmedizin** in den letz
100 Jahren.

G. NEUREUTHER: **Ärztliche Nothilfe im Gebirge.**

H. SCHAEFER: **Die Physiologie des Herzens** in ihrer E
wicklung in den letzten 100 Jahren.

H. H. SCHMIDT, Greifswald: **100 Jahre Geburtshilfe.**

R. SCHRÖDER: **Zur Placenta-praevia-Behandlung.** Ein
Daten und Thesen.

G. SCHUBERT: **Genesungsfürsorge von Krebskranken**
ein soziales und ärztliches Problem.

J. H. SCHULTZ: **100 Jahre medizinische Psychologie.**

H. SCHWARZ: **Zur Differentialdiagnose von Nucleus** pul
sus und spinalem Tumor.

K. VELHAGEN: **Fragen der Hausärzte an den** Augena

K. VIERNSTEIN u. H. GALLI: **Sportverletzungen** und Spo
schäden und ihre Behandlung mit Prednisolon.

H.-J. WITT: **Erfahrungen mit der gynäkologischen** Zy
diagnostik.

A. WISKOTT: **Wege und Irrwege der Säuglingsernähru**

R. ZENKER: **Wandlungen der Grundlagen operativen**
Handelns.

Bek. d. BStMdI vom 27. 11. 1957 Nr. III 2 — 5010/100 über Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter.

Beim Staatlichen Gesundheitsamt Kronach ist eine

Hilfsarztstelle

(Vergütungsgruppe III TO. A) neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Die Gesuche müssen bis spätestens **1. Januar 1958** eingegangen sein.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor.

Das ev. Krankenhaus Bethesda zu Duisburg sucht für die chir. Abteilung sofort und zum 1. Februar 1958

Medizinal- bzw. Pflichtassistenten

Bei DM 200,— Nettogehalt und freier Station werden Nebeneinnahmen und Gelegenheit zur Fortsetzung der Ausbildung in anderen Fachgebieten (Innere) geboten. Aufrückmöglichkeit in Planstelle gegeben. Bewerbungen erbeten an den Chefarzt Prof. Stotz.

Ausschreibung

Für das Städt. Krankenhaus Passau werden gesucht:

2 med.-techn. Assistentinnen

für das Zentrallabor, Vergütungsgruppe VII TO. A und geregelte Arbeitszeit, zum baldigstmöglichen Antritt (1. 1., spätestens 1. 2. 1958),

1 med.-techn. Assistentin

Diagnostik und Therapie für die Strahlenabteilung, Vergütungsgruppe VI b TO. A, zum baldigstmöglichen Dienstantritt. Bewerbungen erbeten an das Personalamt der Stadt Passau.

Für unsere **Tbc-Heilstätten Wildeshausen** (360 Betten mit Thorax-Chirurgischer Abteilung) und **Huntlosen-Sannum** (230 Betten mit Urologischer Abteilung) suchen wir zum baldigen Dienstantritt mehrere

Assistenzärzte (Assistenzärztinnen)

Erwünscht sind: Chirurgische oder interne Ausbildung mit Kenntnissen in der Röntgenologie. Eine Stelle soll mit einem Bewerber besetzt werden, der Interesse für Urologie hat. Die Einstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis nach Vergütungsgruppe II TO. A. Bewerbungen mit Lichtbild und den üblichen Unterlagen sind umgehend zu richten an die

Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen — Personalabteilung — Oldenburg (Oldb.), Huntestraße 10.

Stadt Bietigheim (Württ.)

Für die Chirurgische und Gynäkologische Abteilung des Städt. Krankenhauses wird als 1. Assistent ein

Facharzt für Gynäkologie

gesucht. Die Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gr. II TO. A; Nebeneinnahmen durch Gutachten. Jüngere Ärzte, die Interesse an der chirurgischen Arbeit und am späteren Aufbau der Gynäkologischen Abteilung haben, werden gebeten, ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen innerhalb 10 Tagen nach Erscheinen an das Bürgermeisteramt zu richten.

Bürgermeister Mai.

Für die vertrauensärztliche Dienststelle der Aachener Knappschaft in Bardenberg bei Aachen wird ein

Internist (Facharzt)

für sofort gesucht. Vergütung nach TO. A III bzw. TO. A II. Bewerbungen an die Aachener Knappschaft, Aachen, Monheimsallee 22.

Stadt Heilbronn

Bei der Städt. Frauenklinik (Chefarzt Dr. Pfisterer) ist ab sofort eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gruppe III TO. A. Gynäkologische Vorbildung erwünscht. Facharztausbildung ist möglich. Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild, begl. Abschriften der Approbations- und Promotionsurkunde und der Zeugnisse über bisherige Tätigkeiten werden bis 15. Januar 1958 an das Personalamt der Stadt Heilbronn erbeten.

Med.-techn. Assistentin

erfahren in **Histologie** baldmöglichst für orthop. Klinik gesucht. Angebote an: Prof. Dr. Max Lange, München, Harlachinger Straße 12.

Komplettes, neuwertiges

Chirurg. Instrumentarium

für Allgemeinpraxis, sehr preisgünstig und möglichst geschlossen abzugeben. Anfragen erb. an: Theo Keseling, München 13, Zieblandstr. 14, Tel.: 55 43 06

Krankenschwester, Examen 1951, gründliche Ausbildung in der Augenheilkunde, sucht neuen Wirkungskreis für Frühjahr 1958. Angeb. unter Nr. 33840 an Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstr. 13.

Dr. Adolf Schröder, Kassel

Opernstraße 11 — 13

Das Fachgeschäft für den gesamten

Praxisbedarf

Akademikerin, jugendl. Erscheinung, schlank, dunkel, gesund, natürlich, heiteres Gemüt, vielseitig interessiert; 30/1,69, kath.; nicht unvermögend, ersehnt harmonische Ehe mit charakterfestem Herrn (auch Witwer mit Kind). Vertrauensvolle Zuschriften erbeten unter Nr. 33837 an Karl Demeter Anzeigen-Verw., Gräfelfing vor München, Würmstraße 13.

Kneipp-Kuren

in BAD HERSFELD, FULDA
„Hohe Tanne", ärztl. Kurhaus
Sanatorium Dr. Meyer-Grell

Kleinklaviere

einzigartige Auswahl
bis zu 30 Monatsraten

Pianohaus Lang

München, Kaufingerstraße 28/I
Augsburg, Bahnhofstraße 15/I
Regensburg, Kassiansplatz 3
Lindau, Friedrichshafener Straße 77

Münchener Medizinische Wochenschrift

seit Jahrzehnten

das beliebte Insertionsorgan



